

Un camí del SAD al SED

Autor: Ivan de Castro Sánchez

Tutora: Montse Castro Belmonte

18/01/2010

Un camí del SAD al SED

Autor: Ivan de Castro Sánchez

Tutora: Montse Castro Belmonte

Data de presentació: 18/01/2010

Descriptors: Autonomia, SAD, salut mental, educació social i servei domiciliari

1. INTRODUCCIÓ	5
1. 1. ORGANITZACIÓ I OBJECTIUS DEL TREBALL	6
2. MARC TEÒRIC	10
2. 1. CONCEPTES	11
2. 1. 1. AUTONOMIA FÍSICA I PERSONAL	11
2. 1. 2. ESQUIZOFRÈNIA	17
2. 2. LEGISLACIÓ SOBRE L'AUTONOMIA PERSONAL	21
2. 2. 2. LLEI 39/2006 DE 14 DE DESEMBRE, DE PROMOCIÓ DE LA AUTONOMIA PERSONAL I ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA:	23
2. 2. 1. PROGRAMA DE SUPORT A L'AUTONOMIA A LA PRÒPIA LLAR PER A PERSONES AMB DISMINUCIÓ I PERSONES AMB PROBLEMÀTICA SOCIAL DERIVADA DE MALALTIA MENTAL (ORDRE BEF/6/2002, DE 10 DE GENER)	27
2. 3. SERVEI D'ASSISTÈNCIA DOMICILIÀRIA (SAD)	33
2. 3. 1. PERSPECTIVA HISTÒRICA	33
2. 3. 2. ORIGEN DEL SAD	34
2. 3. 3. EVOLUCIÓ DEL SAD	36
2. 3. 4. COMPETÈNCIES	37
2. 3. 5. QUE ÉS EL SAD?	38

2. 3. 5. FIGURA DE L'EDUCADOR SOCIAL AL SAD	40
2. 5. EXPERIÈNCIES A ESPANYA	45
2.5.1. SERVYSOL	45
2.5.2. GRUPO URGATZI	47
2.5.3. ABENZOAR	48
2.5.4. CEGAPSE	50
2.5.5. ARTRIS SERVEIS SOCIALS	52
2.5.6. FUNDACIÓ PRIVADA ALTEM	53
2. 6. EXPERIÈNCIES A EUROPA	54
2. 6. 1. STIL: COOPERATIVA D'ESTOCOLM PER LA VIDA INDEPENDENT	55
2. 6. 2. PROJECTE 81:EL MOVIMENT DE VIDA INDEPENDENT AL REGNE UNIT	57
<u>3. BLOC PRÀCTIC</u>	60
3. 1. UN CAMÍ DEL SAD AL SED:	60
3. 2. PRESENTACIÓ DEL SERVEI SED	64
3. 2 . 1. OBJECTIUS	64
3. 2. 2. DESTINATARIS	65
3. 2. 3. EIXOS D'INTERVENCIÓ	67
3. 3. PROPOSTA D'INTERVENCIÓ ESTRUCTURAL DEL SERVEI	72

3. 3. 1. ORGANIGRAMA	73
3. 3. 2. PROFESSIONALS	75
3. 3. 3. METODOLOGIA ORGANITZATIVA	78
<u>4. CONCLUSIONS</u>	<u>89</u>
<u>5. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES</u>	<u>95</u>
<u>6. ANNEXES</u>	<u>99</u>

1. Introducció

En els últims anys, degut a diferents factors socials que analitzarem en el transcurs del treball, la població en situació de dependència a augmentat considerablement, per tant, estem davant d'una situació en la que s'ha d'actuar el més aviat possible, i trobo que és important que aquestes intervencions tinguin una intencionalitat inclusiva, evitant la institucionalització com a mesura massificada i promovent l'atenció domiciliària com a la alternativa més eficaç.

En l'actualitat estem veient un canvi de mentalitat vers aquest sector de població, que, anys enrere, estava força descuidat per part de les Administracions locals, (que són les que tenen les competències dels serveis d'atenció domiciliària). Aquest "boom" del sector, com a conseqüència d'una major necessitat d'atendre un ampli gruix de persones que es troben en situació de dependència, ha provocat que les polítiques socials treballin força en aquest sentit, provocant l'aparició de noves lleis i programes destinats a cobrir aquestes mancances.

Des de la meua experiència com a professional que ha treballat en el camp de l'atenció domiciliària m'he trobat que, en algunes ocasions, no es dona la resposta adequada a determinades problemàtiques. Crec que hi ha diferents factors que intervenen en donar-se aquesta situació.

En primer lloc, la gran demanda que existeix davant del creixement de la població que necessita d'aquestes ajudes, fa que a vegades es cobreixin les vacants amb professionals no qualificats. Això comporta moltes conseqüències negatives, a part del fet que l'actuació sigui de menys qualitat, ja que ens trobem també amb una competència deslleial, donat que moltes empreses treballen per sota del conveni. Aquests factors, sumats a la falta de conscienciació social, la poca definició dels programes de col·laboració amb les

institucions i la falta de professionals preparats per assumir aquest rols, provoquen que no s'hagi consolidat del tot aquest sector.

Crec que és important que tinguem clar que és el que necessita cada usuari, i que a partir d'aquestes necessitats s'ha de valorar quin és el professional adequat per cobrir aquest recurs. En la meva experiència laboral en l'atenció domiciliària, he tingut la oportunitat de treballar amb persones amb problemàtiques de salut mental, trobo que per treballar l'autonomia personal amb aquest col·lectiu, és molt eficaç fer-ho des de la vessant educativa i considero que l'educador social és el professional que més s'apropa a les característiques que requereix aquest servei.

A part de la necessitat d'establir un professional adequat per cobrir la branca de l'atenció domiciliària que fa referència al treball de caire més educatiu, també crec que és oportú marcar unes pautes de com s'ha d'organitzar un servei d'aquestes característiques. En la meva pràctica m'he trobat que aquests serveis no gaudien de suficients elements de supervisió, coordinació i avaluació. En moltes ocasions l'educador es troba massa sol davant la intervenció i, a vegades, això comportà que pot arribar a perdre la perspectiva global de la mateixa. Aquesta manca de supervisió també pot desembocar en una falta d'instruments educatius per elaborar objectius i avaluar el procés de la persona atesa. En definitiva, una manca de professionalitat que s'ha de resoldre si volem que els serveis d'atenció domiciliària s'executin d'una manera eficaç.

1. 1. Organització i objectius del treball

Aquest treball té com a objectiu donar una resposta que ajudi a millorar certs aspectes d'una necessitat que cada vegada està més present en la nostra societat. El repte de promoure l'autonomia en persones que es troben en situació de dependència està de moda en la nostra societat i, tot i que les

Administracions públiques i moltes entitats estan realitzant avenços, dins del camp social, per fer front aquestes problemàtiques, encara ens trobem en el principi del camí.

L'objectiu principal d'aquest treball és **exposar una alternativa a la institucionalització** que fomenti l'autonomia, el desenvolupament i el benestar de les persones que es troben en situació de dependència, **partint d'un recurs ja existent: el Servei d'Atenció Domiciliària**. Aquest treball **va dirigit en especial al col·lectiu de persones amb problemàtiques de salut mental**, perquè considero que dins dels programes d'ajuda a domicili, són els que es troben més desamparats, ja que normalment, quan parlem de graus de discapacitat, hi ha malalties mentals, que no sempre queden qualificades dins d'aquests graus (tot i que, amb els nous canvis en les normatives i legislacions cada vegada hi ha més sensibilitat en aquest aspecte).

El treball consistirà en dos grans blocs, una **part teòrica**, on donarem a conèixer tots els conceptes que utilitzarem posteriorment; especialment els que fan referència als tipus d'autonomia i tot el que envolta l'esquizofrènia (definicions, característiques, tipus...) ja que és la malaltia mental més freqüent que ens podem trobar en el servei que plantejarem en el bloc pràctic.

En el següent apartat ens centrarem a presentar el marc legislatiu relacionat amb l'autonomia personal, intentarem fer un petit anàlisi de les lleis i/o programes més rellevants per poder entendre quina és la resposta que se'n donà a aquestes problemàtiques per part de les Administracions. També farem un petit recorregut històric en l'evolució d'aquest marc normatiu amb el pas del temps a Espanya i, més concretament, a Catalunya.

A continuació farem una breu explicació de la situació del Servei d'ajuda a domicili (SAD); veurem la seva perspectiva històrica, els orígens, la seva evolució i quins agents s'han encarregat de les seves competències. Completarem aquest apartat definint què entenem avui en dia per un servei

d'atenció domiciliària i defensant la possible presència de la figura de l'educador social en el seu desenvolupament, quan la intervenció del mateix sigui més profitosa que la d'un altre professional.

Per finalitzar aquest bloc teòric presentarem tot un seguit d'experiències, tant a nivell nacional com europeu de la posada en pràctica de serveis relacionats amb l'atenció domiciliària. Procurarem exposar un ventall prou ampli i representatiu d'experiències, per tal de aproximar-nos el màxim a la realitat pragmàtica d'aquest tipus de serveis. Amb tot això crec que tindrem un marc teòric complet, que ens permetrà establir les bases del següent bloc, més encaminat a la **part pràctica**.

En aquest segon bloc que presentarem, serà on ens dedicarem a realitzar una proposta d'organització del model que volem plantejar, aquest servei no serà del tot innovador, però sí que reflectirà una realitat que actualment encara no està gaire evolucionada en el camp social. Un dels meus objectius es **fer veure algunes de les mancances de l'entramat de serveis d'ajuda a domicili**, intentant acotar d'una manera més específica aspectes que trobo que es treballen d'una forma massa generalitzada i que, per tant, esdevenen en males praxis.

Els temes que articulen aquest treball són, per una banda, la **incorporació de la figura de l'educador social** com el professional que ha d'atendre els **serveis d'ajuda a domicili**, quan el treball que s'hi realitzi sigui més **de caire educatiu** que assistencial, per donar una millor resposta a les necessitats de les persones ateses. Procuraré defensar perquè considero que la figura de l'educador social i no la d'un altre professional és la més adequada per portar a terme aquesta tasca educativa.

També vull aconseguir **diferenciar els dos tipus d'intervenció** (assistencial o educativa) que es poden trobar englobats dins del concepte SAD. A partir d'aquest concepte naixerà la meva proposta d'un servei que, tot i

compartir la mateixa finalitat originària, esdevindrà totalment oposat pel que fa a metodologia, professionals que intervenen, objectius i usuaris. Per entendre millor les raons d'aquesta proposta farem una comparació de les característiques dels dos serveis i de perquè crec que és necessària aquesta diferenciació. Les meves pretensions no són crear un servei paral·lel al SAD, sinó més aviat desglossar una branca més específica dins del mateix, ja que l'aparició de noves necessitats, ha de provocar la creació de noves maneres de fer-les front.

Les finalitats d'aquesta proposta seran **establir unes pautes de coordinació, seguiment i avaluació** necessàries perquè un servei d'aquestes característiques es desenvolupi d'una manera eficient. Des de la meva experiència professional m'he trobat que en certes ocasions l'entramat que sustenta la pràctica educativa és poc elaborat, provocant una falta de cohesió pel que fa a la intervenció professional. Per tant, considero que, per garantir la comunicació que ajudi a fer intervencions conjuntes i coherents, és essencial establir aquestes coordinacions.

Donar a conèixer els diferents **professionals que intervenen en la xarxa de l'usuari** (interns i externs del servei), **quines són les seves funcions** i de quina manera **s'organitzaran i coordinaran** també seran objectius de la meva proposta.

2. Marc Teòric

Aquest primer bloc està encarat a fer conèixer amb claredat tots els conceptes que envolten la temàtica que aborda el meu treball. Combinarem definicions extretes de llibres amb posteriors anàlisis d'aquestes. La finalitat serà que els lectors tinguin una aproximació molt acurada de tot el que rodeja el servei que plantejarem en el següent bloc, així, gaudirem d'una major facilitat per poder entendre-ho amb més comoditat.

En primer lloc farem un aproximament als conceptes més bàsics que ens podem trobar al llarg de la nostra intervenció, trobo que és important centrar la nostra atenció en els més rellevants, fent una síntesi acurada, ja que si no podríem caure en un allau d'informació dispersa, que en comptes d'ajudar-nos, encara ens complicaria més el nostre objectiu. Procurarem establir un ordre lògic a l'hora d'anar presentant els temes, perquè d'aquesta manera els podrem anar enllaçant un amb l'altre i resultarà més amè per la lectura.

En el següent apartat presentarem la legislació relacionada amb el Servei d'Atenció Domiciliària, per veure així quina és la situació dins el marc legal, fins a quin punt les lleis tenen en compte aquesta problemàtica i de com la tracten. D'aquesta manera (ja que no existeix una gran quantitat de literatura sobre aquests serveis), tindrem un bon recolzament a nivell teòric que ens permetrà poder entendre millor el tercer apartat que està dirigit a exposar els aspectes bàsics d'un servei d'atenció domiciliària, donat que podrem veure fins a quin punt aquesta legislació es veu representada en la pràctica d'aquest tipus de servei.

Una vegada clares les nocions més importants, passarem a presentar el servei d'atenció domiciliària (SAD) d'una forma global, les seves característiques principals, els seus orígens o la població a la que atén seran alguns dels temes que tractarem. Intentarem fer una visió de com i perquè

s'està instaurant aquest model d'intervenció i quines mancances a nivell pragmàtic he pogut observar. En el proper bloc ja incidirem en com es poden solucionar alguna d'aquestes mancances mitjançant una proposta a nivell estructural d'una "branca" específica d'intervenció derivada del SAD.

Per últim ens encarregarem de revisar de quina manera s'ha introduït el SAD a la nostra societat, amb exemples reals de la seva implantació. Intentaré fer un recull que sigui representatiu i profitós per poder tenir un apropament més pràctic, per posar-li un context a tota la informació teòrica d'abans. És un apartat complicat, ja que m'he trobat que hi ha poca informació relacionada amb aquest servei, i molta d'aquesta és basa únicament en estudis i gràfiques dels resultats que s'obtenen, no tant en la presentació de projectes.

2. 1. Conceptes

2. 1. 1. Autonomia física i personal

Abans d'entrar a definir que entenem per autonomia física i personal, farem una petita aproximació al concepte general d'autonomia. La paraula **Autonomia** ve del grec *auto* "un mateix" i *nomos* "normes" i es defineix en termes generals com "*la qualitat del subjecte que es determina a ella mateix independentment de tota constitució externa*" (Gran Enciclopèdia Catalana, 1986: pàg: 398). Quan ens trobem amb un subjecte que es deixa influenciar per agents externs a l'hora de posar en pràctica la seva moral, ja no parlarem d'autonomia, sinó d'heteronomia.

Troblem en Kant, des d'una vessant filosòfica, al principal precursor en la contraposició entre autonomia i heteronomia, en la seva crítica a la raó pràctica, el filòsof diu que l'autonomia de la voluntat és l'únic principi de les lleis morals i per donar-se a terme a d'estar supeditada per la pròpia raó, en canvi, quan les inclinacions o desitjos són derivats d'un entorn social extern, aquesta

voluntat és heterònoma i no es podrà assolir una llibertat absoluta, ja que sempre estarem condicionats als canvis o progressos d'aquest ordre social. (Kant, 2002)

També hi ha referències d'aquesta dualitat de heteronomia i autonomia en un autor més contemporani, com Jean Piaget, que des d'una vessant psicològica va establir una teoria evolutiva basada en les etapes del desenvolupament cognitiu. A grans trets, Piaget diferencia el raonament heterònom, que es desenvolupa en la primera fase evolutiva, on les normes són objectives e invariables i les projecten figures autoritàries (pares, adults); amb el raonament autònom o abstracte, on les regles són variables, es poden interpretar o modificar i un mateix és el que se les estableix. (Myers, 2005)

Aquests són els significats que s'apropen al concepte que plantejem en aquest treball, també hi ha d'altres accepcions del mot autonomia, com per exemple quan parlem d'unitats territorials d'un estat, però aquestes definicions no ens interessen i, per tant, no hi incidirem.

DEFINICIÓ

Des del meu punt de vista, al parlar del concepte d'autonomia, se'n deriven dos grans tipus. Tot i que, en moltes ocasions, no gaudir-ne d'un comporta no poder exercir l'altre en plenes condicions.

Els dos tipus d'autonomia que crec que s'utilitzen en el camp social són: la **personal o moral** i la **física**.

- **Autonomia moral:** Està relacionada amb la capacitat de l'individu a l'hora de prendre decisions.
- **Autonomia física:** Està relacionada amb la capacitat de l'individu per poder desenvolupar de manera motriu les diverses tasques característiques

de la majoria dels éssers humans (com per exemple caminar, menjar, vestir-se sol).

Fem aquesta diferenciació perquè en moltes ocasions s'ha tendit a confondre i parlar d'autonomia des de només una vessant, provocant intervencions o polítiques socials poc adequades a les necessitats dels individus que pateixen algun tipus de discapacitat.

En el text desenvolupat a Espanya referent a les persones que viuen amb independència, la "Llei 39/2006 del 14 de desembre, de Promoció a la Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència" trobem la següent definició:

Definicions:

1. Autonomia: la capacitat de controlar, afrontar i prendre, per pròpia iniciativa, decisions personals sobre com viure d'acord amb les normes i preferències pròpies així com de desenvolupar las activitats bàsiques de la vida diària.

(Article 2)

Si analitzem aquesta definició ens adonarem que només fa referència a l'autonomia moral, ja que només posa èmfasi a la capacitat de l'individu per prendre decisions sobre com viure, sense incidir en la seva capacitat per portar a terme aquestes decisions. Des del meu punt de vista considero que aquesta concepció recrea una visió errònia del concepte, per tant pot arribar a desenvolupar intervencions que també caiguin en el mateix error, per tant em sembla que s'hauria de revisar i diferenciar amb concreció els tipus d'autonomia que existeixen, establint així línees d'actuació específiques per cada necessitat o per cada individu.

Altres autors solen referir-se a aquest concepte amb la paraula **autodeterminació** i la defineixen de la següent manera: "*actuar como el*

principal agente causal de la propia vida y elegir y tomar decisiones sobre la calidad de vida de uno mismo, libre de influencias o interferencias externas innecesarias” (Wehmeyer, M.L. i Shalock, R.L., 2001 citat per Schalock i Verdugo, 2003: pàg 315). Com podem veure en aquesta definició, l'autor ens parla d'autodeterminació, un concepte, a priori, més relacionat amb la definició d'autonomia moral, més encara si veiem que es parla de la capacitat per decidir o escollir, sense tenir en compte la capacitat per dur a terme aquesta decisió. Tot i això, curiosament, encara que el mot “autodeterminació” sigui un concepte molt utilitzat en l'àmbit social, si busquem la paraula en el diccionari de la Reial Acadèmia Espanyola (RAE) només trobem una definició que fa referència a *“Decisión de los pobladores de una unidad territorial acerca de su futuro estatuto político”*. Amb aquest exemple vull deixar palès que ens trobem amb una certa manca de recursos a nivell teòric per fer front a tota aquesta temàtica. En d'altres consideracions, com en el diccionari de l'Institut d'Estudis Catalans (IEC) trobem dues accepcions, una similar a l'anterior: *“Acció per la qual un poble decideix lliurement el seu futur polític. El dret dels pobles a l'autodeterminació”*; i un altre, més encaminat al que fem servir en el camp social: *“Acció de decidir per un mateix”*.

Reprenent la definició a la que hem fet referència a l'inici del paràgraf anterior, on incideix aquesta idea d'autodeterminació és en la importància de la presa de decisions d'un mateix, en la possibilitat de que sigui el propi individu el que esculli el seu camí, remarcuem molt el verb escollir com a eix de les intervencions professionals amb persones en situació de dependència moral, ja que aquest verb, quan s'executa sense pressions externes i amb convicció, esdevé la comunicació d'una preferència, d'un desig d'un mateix i per tant, la possibilitat de realització personal, eina fonamental per la qualitat de vida de qualsevol humà. (Shalock i Verdugo, 2003)

A partir d'aquí hem d'analitzar un altre concepte que se'n deriva, la **dependència**, que també la trobem contemplada en la “Llei 39/2006 del 14 de

desembre, de Promoció a la Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència”¹ i que, a més, dóna nom a la mateixa:

Definicions:

Dependència: l'estat de caràcter permanent en que es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, i lligades a la falta o a la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessiten de l'atenció d'una altra o altres persones o ajudes importants per fer activitats bàsiques de la vida diària o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, d'altres ajudes per a la seva autonomia personal.

(Article 2)

El més curiós d'aquesta definició és que quan fa referència a l'autonomia sí que diferencia els tipus que hi ha, contrastant amb la primera definició, la que parla només d'autonomia, on aquesta sortia tractada com un tot. Això demostra la poca claredat amb la que està tractada aquesta problemàtica social, ja que en la mateixa llei trobem contradiccions. Trobo que aquesta definició, tot i així, sí que resulta més adequada, ja que fa referència a tot el sentit que desprèn el concepte “dependència” en la seva **vessant funcional**. Parlem d'aquesta vessant funcional degut a que el concepte “dependència”, per sí mateix, té moltes altres accepcions; però que al meu entendre es resum en dir que tot subjecte que necessiti d'un altre per subsistir, romandrà depenent d'aquest.

¹ A partir d'ara apareixerà com a Llei de dependència, ja que és el nom popular que s'empra per fer-li referència.

Si entrem a analitzar més a fons aquest concepte, ens trobarem amb molts altres aspectes on l'ésser humà, en certes ocasions, es torna específicament dependent. Quan som petits i encara no ens podem valdre per nosaltres mateixos, depenem dels nostres pares, i això no vol dir que siguem persones dependents, simplement forma part d'una etapa del nostre desenvolupament biològic. Fins i tot, en moltes ocasions, quan ja som una mica més grans i volem continuar formant-nos, i per tant, no ens incorporem al mercat laboral, no podent així, obtenir un sou per mantenir-nos, esdevenim persones amb dependència econòmica. Per tant, no hem d'englobar el concepte dependència sempre en el mateix sac, com a mínim, no sense especificar el que estem parlant (Casado, 2003).

Tornant a la definició que hem estret de la Llei de dependència de 2006, veiem que aquesta ens parla de les **activitats de la vida diària** (AVD). A l'hora de definir aquestes activitats, els professionals les solen diferenciar en subtipus, per garantir una millor comprensió de les mateixes. En l'àmbit de l'atenció domiciliària encarada a persones grans i/o amb discapacitats físiques es sol fer la següent distinció: **Activitats de Cura Personal** (ACP), que poden ser higiene personal, aixecar-se o menjar; davant de les **Activitats de Manteniment de l'Ambient o Medi** (AMA), que es refereix a tasques domèstiques, anar de compres o fer ús del telèfon entre d'altres (Contel, 1999).

En d'altres consideracions, més relacionades amb l'objecte d'aquest treball (persones amb problemàtiques de salut mental), la diferenciació va més encaminada a l'entrenament de les AVD amb persones que tenen afectacions de caire més mental, ja sigui per retràs o trastorn, la distinció aleshores es fa de la següent manera(Allan, 2008):

- **Activitats bàsiques de la vida diària**, que es refereixen a les activitats de cura que ens permeten mantenir-nos a nosaltres mateixos. Inclouen alimentació, higiene menor (rentat de mans, cara,

dents, pentinat), higiene major (ús del bany, dutxar-se sense suport), vestuari i/o control d'esfínter. Suposen el nivell més baix de complexitat i la seva realització independent no es suficient per poder viure autònomament.

- **Activitats Instrumentals de la Vida Diària**, que són activitats més complexes e indiquen la capacitat de l'individu per viure de manera independent en el seu entorn habitual. Inclou el control de temes econòmics, presa de medicaments, desplaçaments en el barri, entorn o ciutat, cura d'altres persones, cura de la roba, neteja de la llar, preparació dels àpats, ús dels electrodomèstics o del telèfon i ús del transport públic.
- **Activitats Avançades de la Vida Diària**, referint-se a activitats complexes relacionades amb l'estil de vida del individu, per això, la seva mesura universal esdevé una mica difícil. Són activitats de tipus lúdic i relacional, conductes elaborades de control del medi físic i de l'entorn social que permeten al individu desenvolupar els seus rols socials (parlem d'activitats d' oci, participació en grups, contactes socials, viatges, esports, etc.,)

Amb aquesta comparació el que vull reflectir és la necessitat que solen tenir les persones amb problemàtiques de salut mental de treball en una major varietat d'aspectes relacionats amb la seva realitat quotidiana. Encara que en moltes ocasions, aquest treball es redueixi a una simple supervisió.

2. 1. 2. Esquizofrènia

DEFINICIÓ

Crec que és adequat fer una aproximació a grans trets de les característiques més representatives d'aquest trastorn de la personalitat, ja que

es tracta de la problemàtica mental més habitual en els usuaris del tipus de servei que plantejarem. No podrem realitzar una anàlisi exhaustiva perquè ens portaria tot un treball fer-ho, però si explicar una mica que entenem avui en dia per esquizofrènia i quins comportaments hem tenir més en compte a l'hora d'abordar-la.

La esquizofrenia es una enfermedad cerebral de origen desconocido. Hasta la fecha el término esquizofrenia se refiere fundamentalmente a una serie de manifestaciones psicopatológicas heterogéneas y mal delimitadas, que se presentan en un determinado curso temporal. (Obiols i Obiols, 1989: Pàg. 13)

La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p.ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). (DSM-IV-TR, 2002: 334)

En la primera definició podem descobrir la falta d'informació que es tenia en relació a aquest misteriós trastorn. Tot i que existeixen molts estudis sobre la malaltia, encara no es coneix amb exactitud quin és el seu origen, per això la informació que trobem sol ser difusa, per tant no intentarem acotar-la amb una definició específica, ja que acabaríem induïts en l'error, si no que l'analtzarem d'una manera més general. Com podem veure en la segona definició, molt més actual, tampoc es fa referència als orígens de la mateixa, tan sols ens explica la malaltia a nivell de diagnòstic. Utilitzarem el mateix manual per conèixer els diferents tipus de esquizofrènia que ens podem trobar i farem una petita aproximació a grans trets.

Tipo paranoide

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad.

Tipo desorganizado

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada.

Tipo catatónico

La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.

Tipo indiferenciado

La característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen el Criterio A de esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

Tipo residual

El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados).

(DSM-IV-TR, 2002:351 a 355)

Com podem veure, hi ha moltes variables davant d'aquest trastorn psicòtic, però es classifiquen totes mitjançant els símptomes, per això, la prevenció vers una malaltia mental d'aquest tipus és molt complicada. Sabem que diferents circumstàncies, com el consum de determinats tòxics o el haver passat per una situació difícil, poden ser desencadenants, però de ben cert es desconeix què fa que una persona la pateixi i una altra no.

Estudis de l'àmbit de la neurologia afirmen que poden haver-hi factors ambientals físics que, probablement, actuen en etapes molt precoces

(prenatals) del desenvolupament de l'individu. Això pot contradir les creences que imperen encara en l'actualitat, que diuen que l'esquizofrènia s'inicia en l'adolescència. Seguint aquest precepte, el que s'inicia en aquest moment (adolescència), serà el quadre psicòtic anomenat esquizofrènia, però la malaltia possiblement ja era present de manera congènita (Obiols, 2001).

No ens entretindrem en valorar més quins poden ser els factors desencadenants d'un trastorn d'aquest tipus, com tampoc entrarem a valorar els símptomes inicials. El què a nosaltres ens interessa és fer una aproximació a les conductes més freqüents que pot adoptar un individu amb una esquizofrènia ja diagnosticada.

El més representatiu d'aquesta malaltia mental són els **deliris i les al·lucinacions**, alteracions agudes de les percepcions que fan que la persona visqui una realitat distorsionada, donat que habitualment l'esquizofrènia més estesa és la de tipus paranoide. En els **deliris** que pateix, l'individu pot arribar a creure que el segueixen, que tot el que l'envolta conspira en la seva contra, parteix de fets aïllats, els connecta i crea tota una història al seu voltant, una història que per a ell és totalment coherent. Intentar fer veure que el que creu no és real, normalment sol ser una tasca impossible, fins al punt que l'esquizofrènic pot arribar a incloure en les seves càbales conspiradores a la persona que l'està intentant ajudar. Pel que fa a les **al·lucinacions**, les més freqüents són les alteracions auditives; com per exemple sentir veus, moltes vegades fins i tot acusatòries o intimidadores. Tot i que també es pateixen distorsions en altres sentits: visuals, que solen venir acompanyades amb les auditives i fins i tot, encara que en molt rares ocasions, olfactives i gustatives.

L'individu pot arribar a **tenir dificultats per tenir una percepció adequada de si mateix**, no tenir clar on acaba el seu propi cos o veure's en cossos diferents són exemples d'aquesta distorsió. Resulta evident que aquest conjunt de símptomes va íntimament lligat amb els mencionats amb anterioritat.

També poden aparèixer **canvis en les emocions i el comportament**: angoixes, pors o agressivitat entre d'altres, són freqüents sobretot en les primeres etapes de la malaltia, com ho són també emocions desmesurades en relació a fets que per qualsevol altre persona no serien de tanta importància, o al revés, indiferència davant un fet de força transcendència. (Fuller Torrey, 2002)

Tots aquests fenòmens els hem de tenir en compte a l'hora de realitzar una intervenció socioeducativa amb un individu que pateix aquesta problemàtica mental. Tot i així, és molt important tenir clar que cada cas és diferent, i en aquest trastorn encara més, ja que els símptomes d'una persona a l'altre poden ser totalment diferents, i en conseqüència les seves reaccions també seran diferents. Gaudir de la màxima informació possible que envolti a cada cas serà essencial per fer un bon treball, evitar les presses, voler fer avenços molt ràpids sense consolidar els anteriors és massa arriscat. També és important que l'individu que pateix aquest trastorn sigui capaç d'acceptar la malaltia i vegi la necessitat de seguir un tractament, per això és molt important tenir una bona coordinació amb els professionals mèdics que porten a terme aquest tractament, per vetllar per l'estabilitat del mateix, fet que afavorirà al procés de la persona atesa.

2. 2. Legislació sobre l'autonomia personal

En aquest apartat que tot just comencem, ens centrarem en fer una ullada general a tot el marc legislatiu i normatiu que envolta el servei que plantejarem. Incidirem especialment en dos grans blocs, el primer serà un anàlisi de la llei de dependència, que podríem considerar que és, a nivell general, la que dóna sentit a la proposta que estem fent, és la que defensa els drets i els deures de les persones en situació de dependència, per tant, de la població que volem atendre. Després presentarem el programa de suport a

l'autonomia a la pròpia llar, que es tracta d'una prestació que s'adequa amb força precisió al servei que proposarem. Abans d'entrar a explicar els dos blocs, farem una mica de explicació de qui regula els serveis d'atenció domiciliària a Catalunya.

La Llei de Serveis Socials de 1985, que substitueix a la de 1955, atorgava a la Administració municipal les competències exclusives en matèria de prestació serveis socials, promoció i reinserció social. L'Estatut de Catalunya de 2006 estableix a l'article 166 que gran part d'aquestes competències es regulen i s'ordenen a nivell local o territorial, dintre dels límits que marquen les lleis. Aquest factor provocava una situació una mica anòmala, ja que la Generalitat de Catalunya, des de l'any 1980 havia començat a rebre competències de l'Estat en matèria de serveis socials d'una manera progressiva (Vilà, 2005). A finals de l'any 2007 s'aprova una nova Llei de Serveis Socials, que entrà en vigor l'1 de Gener de 2008 (veure annex A). La principal novetat d'aquesta llei és que a partir d'aquest moment són considerats un dret universal (com l'educació o la sanitat) i seran descentralitzats, implantats a tot el territori i per a tothom que ho necessiti. És important considerar que, a partir d'aquesta nova Llei de Serveis Socials que va entrar en vigor a principis de l'any 2008, es desplega la llei que comentarem més endavant, la Llei de dependència, integrant el sistema català d'autonomia i atenció a la dependència, atenent a la competència exclusiva de la Generalitat en matèria de serveis socials. Trobo que la Llei de Serveis Socials és força ambiciosa i, amb el temps, veurem si aconsegueix gestionar de manera eficient tot l'entramat de serveis que proposa.

A partir d'aquí, la Llei de Serveis Socials de 2007 estableix que la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública, englobada per un conjunt de serveis i centres de serveis socials, bàsics i especialitats, gestionin tota la sèrie de prestacions incloses en la llei o que podem trobar en la Cartera de Serveis Socials (Article 15).

Finalment, dintre dels serveis bàsics, que són el primer nivell d'atenció, altrament dita atenció primària, trobem inclòs els SAD (servei d'atenció domiciliària); que s'organitzen territorialment i estan compresos per un equip multidisciplinari encarregat de promocionar, estructurar i gestionar tot el treball que se'n deriva, per tal de complir amb les funcions que marca el reglament. Els serveis bàsics també inclouen l'atenció no residencial per a nens i/o adolescents i altres serveis com el de teleassistència (Article 16).

2. 2. 2. Llei 39/2006 de 14 de Desembre, de Promoció de la Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència:

En l'apartat de “**Conceptes**” ja hem esmentat la Llei de dependència i hem fet servir alguns dels continguts de la mateixa. El que farem ara serà una anàlisi una mica més exhaustiva dels trets característics d'aquesta llei.

La llei va entrar en vigor a principis de l'any 2007, amb l'objectiu de protegir tot el entramat de persones que es troben en situació de dependència. Fins aquest moment, hi havia diferents col·lectius, com per exemple les persones amb problemàtiques de salut mental, que no gaudien d'aquest tipus de reconeixement, donat que el grau de dependència anava més dirigit a persones amb algun tipus de discapacitat o gent gran. Amb aquesta llei es pretén valorar a l'individu per les necessitats que té per desenvolupar una vida autònoma i, per tant, establir quina és l'atenció que requereix per què es pugui donar aquesta situació.

En la seva primera part (Exposició dels motius) explica les raons pels quals s'ha generat aquesta llei, contextualitza una mica en quin punt ens trobem. La llei exposa els diferents motius pels quals, a Espanya, s'està produint un augment progressiu de les persones en situació de dependència:

1. L'envelliment progressiu de la població i relacionat amb això, l'augment de l'esperança de vida.
2. **L'augment de persones amb malalties de salut mental**, degut al increment de les tasses de supervivència en determinades malalties cròniques i alteracions congènites.
3. La incorporació progressiva de la dona al món laboral i els canvis en els models familiars, donat que amb anterioritat la família, i en especial les dones, eren les que s'ocupaven de realitzar el cuidat de les persones en situació de dependència.

Aquests factors, entre d'altres, són els motius més importants pels quals s'ha hagut d'establir aquesta llei, el desenvolupament social ha fet que el plantejament de tractar aquesta problemàtica sigui diferent. Abans la dependència es tractava des de la vessant sanitària i de Seguretat Social. En canvi, a l'actualitat, la reformulació dels drets i deures de les persones en situació de dependència, fa que s'hagin de garantir intervencions des dels serveis socials per tal d'afavorir la millora de la qualitat de vida de les persones ateses.

Una vegada establertes les raons principals per les quals sorgeix la Llei de dependència se'ns presenta de manera ordenada els objectius de la mateixa, les definicions dels conceptes claus que l'engloben, els principis en que s'inspira la llei, els drets i deures de les persones en situació de dependència i finalment les persones a les que va dirigida. Centrant-nos en aquest últim punt considero que hi ha molt poca especificitat en aquest aspecte, es limita a dir que va dirigit a les persones en situació de dependència en els diferents graus de la mateixa (Article 5 de les Disposicions Preliminars). Trobo que s'haurien d'establir més acuradament les línees per valorar les persones que es troben en situació de dependència, però no tant donant importància als graus de dependència, sinó valorant les capacitats

d'autonomia, moral o física de què disposa. Des del meu punt de vista, crec que és més fàcil determinar quin suport requereix una persona, si partim del que pot arribar a fer per sí sola. Podem trobar un model d'exemple en l'escala de suports que proposa l'AAMR (American Association on Mental Retardation, 2006) per analitzar i millorar les capacitats individuals de les persones que pateixen retard mental. Aquest model estableix un treball molt individualitzat per cada subjecte, incidint directament en cada una de les àrees de la seva vida quotidiana, esbrinant quins són els suports que necessita i en quina intensitat, i treballant a partir d'aquestes premisses. Segons l'AAMR els suports són: *“recursos i estratègies que pretenen promoure el desenvolupament, l'educació, els interessos i el benestar personal d'un individu i que milloren el funcionament individual”* (2006, pàg. 223) . Tot i que aquesta Associació parli dirigint la seva investigació al tracte amb persones amb retard mental, considero que bona part de les seves idees o propostes es poden extrapolar per fer-ne ús en l'àmbit de la promoció a l'autonomia per a qualsevol persona que es troba en situació de dependència, com per exemple, pel que fa a persones amb problemàtiques de salut mental.

Tornant a la llei de Dependència, que estàvem analitzant, una vegada donades les bases generals que fan referència a les persones a les que va dirigida la llei, ens planteja un recull de serveis i prestacions per tal de promocionar l'autonomia personal i l'atenció a la dependència. La llei només marca les pautes a seguir, però tampoc entra a definir cada servei, ni en quines condicions específiques s'emmarquen. Trobo que per començar, aquesta llei és un bon pas per millorar la situació dels individus a les que va dirigida, però és una mica confusa en la seva posada en pràctica, ja que tampoc acaba de ser massa concreta en com s'ha de posar a terme, deixa molt espai perquè siguin les pròpies comunitats autonòmiques les que tinguin la major part de les competències relacionades en aquest àmbit, promovent també, en tant que sigui possible, que hi hagi un paper important per part d'entitats

col·laboradores, siguin amb o sense ànim de lucre, per cobrir tots els punts on l'Administració no pugui arribar.

Com a novetat, cal esmentar que aquesta llei proposa la creació d'un "*Comitè Consultiu del Sistema per a la Autonomia i Atenció a la Dependència*", aquest té com a objectius informar, assessorar i formular propostes per millorar el funcionament d'aquest Sistema (Capítol V, Article 40). Aquest Comitè el composaran els següents membres:

1. *Sis representants de la Administració General de l'Estat*
2. *Sis representants de les administracions de les Comunitats Autòniques.*
3. *Sis representats de les Entitats locals.*
4. *Nou representants de les organitzacions empresarials més representatives.*
5. *Nou representants de les organitzacions sindicals més representatives.*

(Capítol V, Article 40)

Per què considero que és important remarcar la creació d'aquest Comitè? Trobo que és la garantia, si aquest fa el treball que li pertoca, que la llei no s'estanqui en la situació actual, donat que hi haurà una revisió contínua de la mateixa, una possible renovació d'intervencions que s'adequaran a l'estat actual de la societat. El problema és que hi ha poca informació relacionada amb el treball que realitza aquest Comitè, factor que resulta una mica incoherent, degut a que una de les seves principals tasques consisteix en informar.

A partir d'aquesta llei s'ha desplegat o posat de moda la figura del **cuidador qualificat**, per garantir que les persones en situació de dependència siguin atesos per un professional amb formació específica. Encara és aviat per

valorar els resultats d'aquesta figura professional emergent, però considero que és una bona mesura per cobrir un cert gruix de població que es troba en situació de dependència sense atenció (que en aquest moment és un gruix molt ampli) i a l'hora una mesura per generar nous llocs de treball. Pel que he pogut veure, els programes de formació per a cuidador qualificat estan força dirigits a que les seves intervencions siguin de caràcter assistencial, aspecte que em sembla molt coherent, ja que com he comentat en alguna ocasió, el gran gruix de les persones dependents és de població envellida.

2. 2. 1. Programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar per a persones amb disminució i persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental (Ordre BEF/6/2002, de 10 de Gener)

A continuació explicarem el programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar, aquesta prestació englobarà a la majoria d'usuaris per als que va encaminat el servei que presentarem en el bloc pràctic, ja que compleixen la majoria dels requisits. Amb això no vull dir que el servei que proposarem estigui plantejat per aquesta prestació, ja que en molts casos, persones que no compleixen totes les condicions citades en aquest programa, si que poden necessitar igualment un suport i, si es dóna el cas de que se'l poden permetre, el servei pot ser igualment adequat per a elles en aquest sentit.

Per entendre amb claredat les parts essencials d'aquest programa, estret del Diari oficial de la Generalitat de Catalunya (Ordre BEF/6/2002, de 10 de Gener), l'anirem analitzant per punts, dintre dels diferents quadres veurem el què diu el programa (només agafarem els articles o punts que considerem més rellevants, eludint alguns més encaminats a aspectes burocràtics, com poden ser, per exemple, les tramitacions), i així l'anàlisi serà més ordenat i més específic. Com no és un programa massa extens, trobo que és més còmode aquest mecanisme que remetent a l'annex el propi programa.

El programa comença plantejant les premisses per les quals està destinat, fa una petita aproximació a les persones a qui s'adreça i com es desenvolupa l'ajuda.

Objecte

Aquest Programa s'adreça a persones amb disminució física, psíquica i/o persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental que han optat per viure en un habitatge, propi o de lloguer, soles, en parella o amb altres persones de manera autogestionada i independent.

Per facilitar aquesta autonomia, s'atorga un ajut econòmic complementari per prestar-los el suport personal necessari per a promoure la seva integració social.

L'objecte del Programa és contribuir al desenvolupament de la persona en les activitats de la vida diària, tant a la seva llar com en la comunitat, possibilitant la seva autonomia.

A aquests efectes es donarà suport a la persona en les activitats d'autocura, domèstiques i comunitàries, que requereixi, ajudant i donant-li suport per planificar i gestionar la seva llar, els seus assumptes administratius i financers, la seva salut i la utilització dels recursos de la comunitat, entre altres.

El Programa és compatible amb les ajudes tècniques del Programa d'ajudes d'atenció social a les persones amb disminució i la prestació dels serveis de dia per a persones amb disminució.

Com podem veure en aquest primer quadre, el programa consisteix en una prestació destinada a cobrir les mancances a nivell d'autonomia que aquest usuari pot tenir. Per tant, l'objectiu és proporcionar a la persona els recursos necessaris, en el cas de que no els tingui, per tal que, mitjançant un servei, aquesta tingui la possibilitat de continuar amb la seva vida diària, dins del seu context habitual. Entenc que aquest servei és pot desenvolupar tant per part de l'Administració pública, com d'alguna entitat col·laboradora privada, amb o sense ànim de lucre.

Destinatari

Les persones amb disminució física, psíquica i/o problemàtica social derivada de malaltia mental, més grans de 18 anys, que vulguin viure soles o en parella o amb altres persones, amb un nombre màxim de quatre, i que precisin d'un determinat suport per poder gestionar-se i ser més autònomes.

Requisits

- a) Tenir un grau de disminució igual o superior al 33%.*
- b) Tenir més de 18 anys i menys de 65 anys en el moment de l'accés al Programa.*
- c) Poder desenvolupar les activitats de la vida diària mitjançant el suport previst, ajustat a les seves necessitats.*
- d) La persona beneficiària no ha de disposar de recursos econòmics suficients, d'acord amb els criteris de valoració establerts al Decret 394/1996, de 12 de desembre.*
- e) Ser resident a Catalunya amb antelació, com a mínim, d'un any a la data de presentació de la sol·licitud.*
- f) Acreditar la necessitat i la idoneïtat del servei de suport personal.*

El següent quadre remarca quins són els requisits que ha de tenir la persona en qüestió per accedir a l'ajut. Com podem veure la població atesa és força ampla, però la cobertura actual és molt més limitada, donat que els recursos per part de l'Administració són força insuficients i que la difusió del programa és escassa. D'igual manera, podem trobar un gruix ampli de persones que, per no complir algun dels requisits que menciona, no puguin rebre aquest tipus de prestació, donant-se el cas que no s'assumeixi el servei que li correspon.

Criteris de valoració

El Programa inclou tres mòduls d'intensitat assistencial en funció de tres nivells de suport personal, establerts en set, deu o catorze hores setmanals, segons les necessitats individuals de la persona beneficiària.

Per resoldre favorablement qualsevol sol·licitud serà preceptiu comptar amb l'informe o el dictamen tècnic emès pel Servei de Valoració i Orientació de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials del Departament de Benestar Social.

Les persones sol·licitants podran aportar informes tècnics que seran valorats pels serveis de valoració i orientació anteriorment esmentats.

La valoració comportarà l'elaboració de les línies d'intervenció en un programa de desenvolupament personal que establirà el nivell de suport personal individualitzat que requereix la persona.

Aquest nivell de suport podrà ser revisat anualment o en cas de modificació de l'intensitat assistencial que requereix la persona beneficiària.

És interessant remarcar que els ajuts estan compresos en tres nivells, diferenciats per la necessitat d'hores de suport de cada usuari. Des del meu punt de vista, trobo que és caure en l'error computar tant específicament els nivells d'atenció per hores, donat que és una manera de limitar el propi servei. Trobo que seria més coherent que es deixés una mica més de marge, perquè siguin els propis professionals, dins dels límits que la llei pogués marcar, els que proposin per a cada cas, quin és el suport que requereix. És possible que d'aquesta manera, una persona que requereixi un suport de 16 hores setmanals, només en rebi 14 i una altra, que només en necessiti 12 rebi 14. Evidentment, que no està de més que aquesta segona persona tingui dues hores més de suport, ja que es podrà realitzar un treball més acurat per part del professional, que gaudirà de més temps per dedicar-se a millorar l'atenció. El problema recau en que la majoria dels casos que ens trobarem, estaran en la primera situació, que les hores d'atenció romandran insuficients i la persona no gaudirà de tota l'ajuda que precisa.

En el DOGC núm. 5341 (18/03/2009) apareix l'ordre ASC/100/2009, de 10 de març on s'aproven les bases per la concessió dels ajuts d'aquest programa, trobem certes diferències pel que fa al plantejament, sobretot en referència als criteris de valoració que hem analitzat ara i a la quantia dels ajuts que veurem a continuació. En aquesta concessió no fa una distinció dels

suports pel què fa a número d'hores d'atenció, establint el mínim en 14 hores de suport. Des del meu punt de vista, crec que és una manera de destinar els ajuts a les persones que requereixen de més atenció, limitant encara més els beneficiaris potencials del mateix. Trobo que aquesta mesura, en certa manera exclusiva, ha de tenir una resposta alternativa a tot l'entramat que requereixi de menys suport, però que també el necessiti per poder desenvolupar la seva vida amb garanties.

Quantia

D'acord amb el nivell de suport personal de prestació del servei, l'import de l'ajut econòmic és el següent:

7 hores: 273,74 euros.

10 hores: 372,58 euros.

14 hores: 504,36 euros.

L'abonament de l'ajut s'efectuarà, un cop concedit, per mesos vençuts, directament a l'entitat col·laboradora prestadora del servei.

La persona beneficiària i l'entitat acreditada prestadora del servei subscriuran el contracte assistencial corresponent.

Aquests ajuts corresponen a l'any 2002

Veiem en aquest últim quadre que les prestacions que es destinen a cobrir aquest tipus de necessitat solen ser força baixes, això, en moltes ocasions provoca que el professional que s'encarregui de realitzar aquest servei no tingui la qualificació adequada i s'opti per personal sense formació per cobrir les vacants. En el DOGC núm. 5341 (18/03/2009), que hem esmentat amb anterioritat, els ajuts econòmics s'hauran de justificar amb un mínim de 14 hores setmanals (el nivell de suport personal més gran que considerava el programa del 2002) i estima l'import de la prestació en 626,35 euros mensuals. En relació a la prestació de 14 hores equivalent, donada a l'any 2002, hi ha hagut un augment de 121,99 euros mensuals, tot i que hem de comptar que l'ordre no especifica que el suport hagi de ser explícitament de 14 hores, tan sols que aquestes són les mínimes que s'hauran de justificar davant de l'Administració pertinent.

Existeix una mica de confusió en l'àmbit del suport domiciliari, ja que tampoc hi ha un servei específic, que diferenciï cada branca que se'n deriva del mateix. Aquest programa, per exemple, només marca unes línees dirigides a quins són els requisits que han de complir els destinataris i quina quantia econòmica rebrà cada un segons el tipus de suport que requereixi. Per això, les entitats que es dediquen a realitzar aquest suport, moltes vegades entitats privades subcontractades per fundacions tutelars, estableixen el seu propi marc d'intervenció, i, malauradament en ocasions, utilitzant personal no del tot qualificat, aspecte que se'n deriva del que hem comentat en l'anterior paràgraf, que les ajudes o les prestacions que es reben per part de l'Administració, no són suficients per fer front a les despeses que se'n deriven dels suports domiciliaris, per cobrir-los com cal i amb els professionals pertinents.

Considero que el programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar s'adequa amb molta precisió al servei que plantejo més endavant, tant els destinataris, com els objectius que planteja són força comuns. Crec que és important que es doni a conèixer aquesta prestació, ja que no ha tingut gaire promoció i hi ha molta gent que desconeix que existeix, factor que desemboca que moltes persones que es troben en la situació que marca el programa, no gaudeixin del suport que aquest proporciona o fa viable. De fet, trobo que aquest programa dóna més sentit a la meua proposta, perquè ajuda a generar una base legal més consolidada per establir-se, li proporciona un context perquè es pugui donar a terme amb garanties.

Per altra banda, el servei que proposarem en el següent bloc, no es limitarà només a donar suport a les persones en situació de dependència que reben aquesta prestació, donat que en moltes ocasions ens trobarem amb usuaris que requereixen d'un ajut domiciliari i no compleixen tots els requisits, en ocasions lleugerament subjectius, que proposa el programa que hem citat anteriorment. Per exemple, ens podríem trobar amb una persona amb situació de dependència que tinguis, per la raó que sigui, una situació econòmica

favorable i que fos ell mateix el que es pagués el servei. Per altra banda, i aquest amb més dificultats, també ens podríem trobar amb persones que no compleixin els requisits, degut a que, quan han fet l'informe per veure el grau de discapacitat, aquest fos inferior a 33%, però que, tot i així, no siguin capaços de viure de forma autònoma per si soles. Quan parlem d'autonomia hi ha molts factors a valorar, molt subjectius entre sí, que potser a un estudi objectiu de grau de disminució, per molt eficaç que pugui arribar a ser, es poden escapar. Entenem que aquestes persones, en tant en quant s'ho puguin permetre, ja sigui per via familiar o per altres tipus de subsidis o ajuts, també podrien contar amb un suport domiciliari, possiblement amb una intermitència encara major, ajustat a les seves necessitats quotidianes bàsiques. Per tant, el que vull transmetre amb aquests exemples és que el servei que plantejarem no basarà els seus criteris d'actuació en termes econòmics, com ho fan, evidentment, les lleis o els programes d'actuació estatal, per tant, tot i que en la majoria d'ocasions, el servei podrà estar subvencionat per aquest programa o per qualsevol altra prestació relacionada, no ha de dependre sempre d'aquestes si es pot permetre recórrer per altra via, no essent sempre un servei derivat d'un programa social.

2. 3. Servei d'assistència domiciliària (SAD)

2. 3. 1. Perspectiva històrica

La majoria d'autors coincideixen en situar l'aparició dels serveis d'ajuda o d'assistència domiciliària a finals del segle XIX, però diferents investigacions han pogut trobar indicis d'antecedents de pràctiques, que tot i no ser enteses com al propi servei que trobem a l'actualitat, sí que podem trobar que hi tenen molt a veure, compartint el fet que s'atenien necessitats bàsiques dels individus en els seu propi domicili.

Tot i que aquestes pràctiques com a tals les podríem situar en un temps molt remot (ja que de manera assistencial, l'ajuda domèstica, sobretot per part de familiars o d'organitzacions benèfiques ja es realitzava en l'Edat Mitjana), hauríem de situar-nos en el segle XVI per trobar les primeres referències teòriques i les primeres normes dictades per el poder públic en el règim de Carles V (1500-1558, que va regnar a Espanya com a Carles I). Era una ajuda, però, amb doble fil, ja que es pretenia, per una banda, ajudar a les persones pobres que ho necessitaven no s'ho podien permetre, i, per l'altre, castigar a totes les persones que es volien aprofitar de la situació. Amb el pas dels anys, aquestes intervencions domiciliàries han coexistit realitzades des de la vessant pública, dels estaments religiosos i de les xarxes d'ajuda informal. A Espanya, l'ajuda pública, sobretot en el segle XVI, evolucionava amb molta lentitud fins l'arribada de Carles III (1716-1788) que va introduir importants reformes que incloïen el desenvolupament de l'ajuda domiciliaria. En els dos segles posteriors aquestes ajudes han continuat coexistint, algunes vegades més focalitzades per la intervenció del Estat i d'altres pels sectors religiosos. Recalquem que, com hem comentat amb anterioritat, la figura de l'Estat tenia una doble intencionalitat: per una banda la beneficència i la comprensió de que aquest tipus de pràctiques eren menys costoses per l'Estat (un dels motius pels quals es defensa la implantació d'aquest servei avui en dia), i per altra, la possibilitat de poder controlar de prop la intimitat de la població, hem d'entendre que estem parlant d'una època imperialista, on les llibertats individuals estaven molt minvades. (Estrada, 1993)

2. 3. 2. Origen del SAD

L'origen del SAD, tal i com el coneixem avui en dia, l'hem de datar de finals del segle XIX, principis del XX, coincidint amb l'aparició de l'assistència social. Gran Bretanya, França i Holanda es poden considerar els pioners de la implantació del SAD a Europa. En canvi, a Espanya, no es fins els anys 70 que s'implanta aquest servei, quan el Ministeri de Treball va dictar un Ordre (18/03/1970) on encomanava al **"Servicio de Asistencia a los Ancianos"**,

l'organització de l'ajuda domiciliària. Com podem preveure, el SAD en els seus orígens tenia com a finalitat atendre a la població de la tercera edat, i no es fins la dècada dels vuitanta quan l'àmbit de cobertura del servei s'estén també per persones amb algun tipus de discapacitat i uns anys després, en aquesta mateixa dècada dels vuitanta, s'acaba d'estendre per a qualsevol ciutadà que ho necessiti. Això no vol dir que tothom que necessites aquest servei disposava del mateix, ja que el grau de cobertura del SAD, encara en l'actualitat, és força baix en comparació amb el gruix de persones en situació de dependència que viuen sense institucionalitzar.

A Catalunya trobem l'origen del SAD com a servei a partir de la llei de serveis socials de 1985, on es deia que s'havien de crear i organitzar per equips multidisciplinaris unitats d'ajut domiciliari (Rubiol i Vilà, 2003). No hi ha gaire informació de com varen ser els inicis d'aquesta atenció domiciliària, però sabent que els treballadors familiars d'atenció domiciliària van passar de 88 a l'any 1988 a 503 al 1995, podem saber que hi va haver una adaptació progressiva, encara que insuficient per a les necessitats reals.

Abans de centrar-nos en definir que entenem per un servei d'atenció domiciliària, farem una petita aproximació als principals motius pels quals s'ha generat la necessitat o la demanda per crear un servei amb aquestes característiques. Ens els últims anys, el descens de la mortaldat, la baixa taxa de natalitat i l'augment de l'esperança de vida ha provocat un **envelliment progressiu** de la població. Això fa que irremediablement creixi el nombre de persones amb graus de dependència, més alts o més baixos, que arriba a una major edat. A l'augment de la mitjana d'edat de les persones en situació de dependència, cal afegir el **canvi en els costums a nivell familiar**. No fa tants anys, la tradició fomentava que els avis, quan no es podien valer per si mateixos, s'ajuntaven amb la família més propera. Avui en dia, habitualment s'opta per que persones especialitzades s'encarreguin d'aquest cuidat, per aquests motius, la demanda ha crescut considerablement i els serveis socials

s'han vist en la obligació de pensar i elaborar **alternatives a la institucionalització** d'aquestes persones en centres residencials. És en aquest moment on apareix el SAD (Servei d'atenció domiciliària), com una alternativa molt vàlida i eficaç, més beneficiosa tant per l'usuari, que pot continuar restant en el seu domicili habitual, en l'entorn social on ha viscut sempre i possiblement s'hi sent més còmode, com per les famílies, ja que en moltes ocasions resulta una sortida més rentable.

2. 3. 3. Evolució del SAD

Aquest fet ha comportat una nova manera d'entendre les coses, un canvi ideològic que s'ha transformat en diferents moviments dintre del camp social: Canvis com per exemple la **desinstitucionalització** o la **promoció dels valors de l'autonomia** i la **capacitat de decisió de les persones en situació de dependència**.

Els serveis socials i, també per la part que li toca, la sanitat pública tenen davant de sí un nou repte, donar resposta a una població que augmenta considerablement i que, segons les previsions, continua amb aquest procés d'envelliment. Evidentment, hi ha altres factors o alternatives que han aparegut per tal de lluitar contra aquesta necessitat (com per exemple serveis de respir² per a famílies que cuiden d'aquestes persones en situació de dependència, o el servei "viure i conviure"³, no tant encaminat a persones dependents, però que

² Servei de respir: Serveis destinats a facilitar el descans de les càrregues que suposa l'atenció de la persona en situació de dependència, per tal de lliurar-los per un període determinat d'aquesta tensió i sobrecàrrega que suposa aquest esforç, donant-los la possibilitat de disposar de temps lliure per gaudir-lo en activitats complementaries.

³ La iniciativa "Viure i conviure" és un programa, promogut per "Caixa Catalunya" que potencia la convivència entre estudiants universitaris i persones majors. Aquest programa té

també afavoreix, en certa manera, a que les persones grans puguin viure amb independència). Tot i que possiblement els serveis d'atenció domiciliària són els que millor l'han sabut fer front, i els que millor han arrelat en la nostra societat.

Amb el pas del temps, el SAD ha anat evolucionant per cobrir altres necessitats, els destinataris ja no només són la gent gran, sinó que també en gran mesura les persones amb discapacitat, tan físics com psíquics, també s'han beneficiat d'aquest servei. Els serveis d'atenció domiciliària, per la seva essència estan encaminats a donar resposta a dependències, fent suports de intensitats molt variades, segons cada cas o família.

Cal matissar que parlem de família, perquè també en algunes ocasions aquests serveis realitzen una intervenció integral en tota la llar, això, sumat a que quan la manca d'autonomia de l'usuari sol ser més a nivell moral, aquest suport no només recau d'una manera assistencial, sinó que també té molta càrrega educativa. Aquestes noves necessitats i problemàtiques fan que en moltes ocasions, el educadors no sapiguem com fer-les front, ni quina és la resposta més adequada per a cada usuari.

2. 3. 4. Competències

Majoritàriament els encarregats d'organitzar i gestionar aquest tipus de servei són les administracions públiques, i més concretament els ajuntaments a nivell local. Considero que, tenint en compte que estem parlant d'un model d'intervenció molt directe i molt proper, és important que també estigui

com a objectiu cobrir dos problemàtiques socials: Experimentar mesures alternatives per proporcionar companyia a les persones grans i proporcionar alternatives d'allotjament a joves, afavorint la igualtat d'oportunitats.

gestionat d'una manera més propera. Per això trobo que està força bé que siguin els mateixos ajuntaments els que prenguin les competències i responsabilitats dels mateixos. Tot i així, de la mateixa manera, crec que la resposta que s'està donant actualment és molt limitada i escassa, segurament per aquest motiu, moltes associacions de caràcter privat s'han aprofitat de la demanda tan alta que existeix per crear seccions que s'encarreguin de prestar aquests serveis.

Aquestes associacions, cooperatives o fundacions, treballen a partir de subcontractacions directament amb les famílies o amb serveis de tuteles que necessiten personal pels usuaris desemparats que atenen. És una bona manera de garantir el seu benestar, ja que normalment els referents tutelars porten masses casos i han de fer ús d'altres recursos per encarregar-se més de la vessant de supervisió.

Tot i així, encara estem en el principi del camí, en estudis realitzats al 2000 referents al SAD, els resultats deien que menys del 2 per cent de la població dependent sense institucionalitzar rebia una ajuda externa d'aquest tipus. Això ens fa veure que, encara que el servei estigui proporcionant millores a nivell general, encara falta molt camí i d'altres solucions per cobrir la gran demanda que es genera davant d'aquesta problemàtica relacionada amb la dependència. (Centre de Recerca en Economia i Salut – CRES – Universitat Pompeu Fabra, 2000)

2. 3. 5. Que és el SAD?

Una vegada situats en el context general del SAD, farem una aproximació general a com es desenvolupa el servei, serà molt a nivell general, perquè realment el que ens interessa és poder diferenciar aquest servei de la proposta que a posterior realitzarem. El SAD engloba totes aquelles intervencions, tant a nivell assistencial com educatiu que el professional realitza amb un usuari que requereixi d'algun tipus de suport per fer les activitats de la

seva vida quotidiana. Gràcies a aquest suport, aquest usuari pot seguir romanent a la seva llar, al seu entorn social habitual.

Si ens tornem a remetre a la llei de dependència, trobem la següent definició del SAD: *“El servei d’ajuda a domicili el constitueixen el conjunt d’actuacions portades a terme en el domicili de les persones en situació de dependència amb la finalitat d’atendre les seves necessitats de la vida diària, prestades per entitats o empreses, acreditades per a aquesta funció”* (Article 23).

Els professors Bueno i Inés Estrada (1989: pàg. 51) van definir el SAD de la següent manera: *“Un servicio público, polivalente y social, que presta ayuda a individuos y familias en su domicilio, cuando se hallan incapacitados temporal o permanentemente por motivos de índole física, psíquica o social, para realizar las tareas esenciales de la vida cotidiana, manteniéndolos en su hogar e **integrados** en su entorno, a la vez que se mejora su calidad de vida”*. El que m’agrada d’aquesta definició, és que tot i ésser força antiga, expressa, des del meu punt de vista, en que consisteixen els serveis d’atenció domiciliària, tot i que no hi ha gaire diferència amb la que hem estat anteriorment de la llei de dependència, aquesta segona definició on posa èmfasi és en l’acció d’integrar l’individu en l’entorn, aspecte que considero bàsic en la intervenció domiciliària.

És difícil trobar definicions actuals que acotin en què consisteix un SAD, remetent-nos al “Libro blanco” de la atenció a les persones en situació de dependència a Espanya, ens trobem amb la següent definició: *“Un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado»* (Rodríguez Rodríguez et al, 2003 citat per Rodríguez i Cobo, 2005: pàg. 357). Aquesta definició només fa referència a les persones grans

dependents, ja que segons exposa el text, són el 90% de la població que rep aquest tipus de servei, tot i que ja puntualitza que és un servei que va dirigit a qualsevol tipus de persona que es trobi en situació de dependència. De fet, considero que només caldria treure el adjectiu de “major” per adaptar aquesta definició al SAD a nivell general. Aquesta definició té un caràcter més tècnic, però en essència, ambdues definicions van a parar allà mateix.

2. 3. 5. Figura de l'educador social al SAD

Un cop ens hem situat amb tota la informació que he considerat rellevant al voltant d'aquest tipus de servei, intentaré defensar perquè considero que l'educador social ha de realitzar aquesta feina, a diferència d'altres figures que podem trobar en el món social.

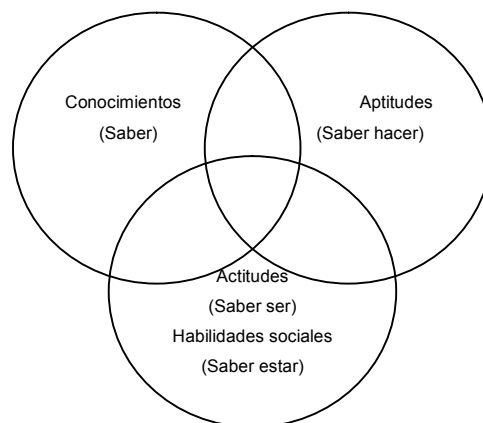
Sabem que aquest tipus de servei originàriament es va implantar per cobrir necessitats més assistencials, ja que el seu primer àmbit d'intervenció requeria en persones grans i, posteriorment, amb individus amb discapacitats més aviat físiques/motores o, fins i tot, sensorials. Aquests individus requereixen d'un suport assistencial per fer, amb normalitat, tasques quotidianes, però, en principi, gaudeixen d'una autonomia moral suficientment òptima. Per això, aquest suport està més encaminat a ser cobert per una persona amb coneixements més assistencials, com per exemple un auxiliar de geriatria.

Amb l'aparició de nous usuaris amb mancances d'autonomia moral (persones amb problemàtiques de salut mental), també la demanda de necessitats canvia i, per tant, la figura que ha de cobrir aquestes noves necessitats s'ha d'adequar al que més convé a l'individu. Crec que la intervenció sol ser molt integral, en el sentit que, normalment, s'han de treballar molts aspectes de la vida quotidiana de cada usuari (higiene, alimentació, vida social, etc.) i, a més, s'ha d'incidir des d'una vessant educativa, fomentant que sigui el propi usuari el que realitzi amb individualitat totes les seves responsabilitats quotidianes. És un treball que, habitualment, requereix de

molta paciència, ja que els canvis positius solen ser molt lents i com parlem de persones que, molt sovint, pateixen **desequilibris emocionals**, els empitjoraments en moltes ocasions poden arribar a ser molt bruscos. Per això, també recau en la feina del que s'encarrega d'aquest suport d'intentar vetllar tant per l'estat anímic, com per la compensació de l'usuari pel que fa a la seva problemàtica mental. Amb això no vull dir que l'educador hagi de fer cap tipus de tractament terapèutic amb l'usuari, ja que aquesta tasca haurà de recaure en el personal psiquiàtric/mèdic qualificat, però sí que és necessari que la seva intervenció sigui de caire facilitador perquè aquest tractament es desenvolupi d'una manera eficient.

Per aquests motius considero que l'educador social ha d'intervenir en aquest servei, com la figura que doni resposta a les necessitats derivades de les persones en situació de dependència, mancades especialment d'autonomia moral. Abans de defensar quines característiques concretes té l'educador per cobrir aquesta figura professional, parlarem una mica de les competències per les quals ha d'estar preparat un educador, sigui quin sigui el seu àmbit. Farem una aproximació genèrica i, fins a un cert punt idealista, del paradigma de l'educador social.

Diagrama 1: Característiques d'un educador social



Font: Romans, Petrus i Trilla, 2000: pag 172

El diagrama 1 defineix a grans trets les característiques que ha de tenir un educador social per ser un bon professional, parlem de **coneixements**, com a condició bàsica per poder sostenir teòricament qualsevol intervenció. **Aptituds** per tal de posar en escena aquests coneixements mitjançant estratègies o tècniques per poder desenvolupar una bona pràctica educativa i per últim, i possiblement l'element més conflictiu, una sèrie d'**actituds** i **habilitats socials** de les que ha de gaudir un bon educador. Algunes d'aquestes habilitats, des del meu punt de vista, es poden treballar i millorar, però d'altres, més relacionades potser amb les actituds, han de venir predisposades amb la persona; encara que la diplomatura dubtosament filtrarà aquest aspecte, crec que és important que un educador sigui una bona persona, em refereixo a tenir una sèrie d'actituds, com poden ser no fer prejudicis, creure en les capacitats de les persones (essent conscient dels límits), tenir empatia, respecte vers l'usuari, etc., En el diagrama 1 veiem que aquestes tres capacitats/habilitats estan entrelligades, donat que cada element és imprescindible per què es sostinguin els altres, donant un sentit integral a la figura de l'educador social.

Una vegada hem presentat com hauria de ser un educador social, hi ha una altra qüestió que trobo important abordar és trobar-li un sentit a aquesta professió. Per Quintana Cabanas (1994, citat per Pérez, 2003: pàg. 122) la Educació Social té dos sentits, per una banda, la intervenció educativa, que està dirigida a ajudar l'individu a realitzar, en tant que es pugui, el procés de socialització, o sigui, la adaptació a la vida social i a les seves normes, fins assolir una alta capacitat de convivència i de participació en la vida comunitària. Podríem entrar en molts debats sobre la idiosincràsia d'aquesta professió, tot i així, a grans trets, podríem considerar-la com una acció social que atén grups o individus que es troben en risc d'exclusió social.

Com comenta l'autor Carles Sedó (1999), hi ha quatre idees claus que envolten el que és un educador social i en el que consisteix el seu treball

educatiu, quatre idees que des del meu punt de vista s'adeqüen a la perfecció amb el treball que es presenta en els serveis d'assistència domiciliaria que estic comentant.

La primera idea és que l'educador fa un treball en contacte directe amb l'usuari, està molt a prop de les persones amb qui intervé. La distància entre l'educador i la persona atesa es mínima, i, en moltes ocasions, la diferenciació entre els dos no és visible a primer cop d'ull, com passa en altres camps professionals, que es pot veure aquesta diferenciació, ja sigui per limitació d'espai o per l'ús de vestuari específic; com per exemple en un banc, on hi ha limitació d'espai, i fins i tot de roba. Les diferències poden arribar a ser en moltes ocasions, de molta subtilesa, ja sigui en caràcters, actituds o tarannàs, és important que l'educador estableixi clarament, que aquesta diferència existeix, i ha de fer-ho sense provocar incomoditat a la persona atesa. En el SAD, el professional es trobarà en aquesta situació, hem de tenir en compte que la figura de l'educador, en aquest cas, la proposem dirigida a atendre persones que gaudeixen d'un grau d'autonomia força elevat, trobo que quan aquesta autonomia és fa més palesa, la diferenciació entre les dues parts sol ser més minsa a primera vista.

La idea següent fa referència a l'afecte, Carles Sedò argumenta que *“la relació afectiva que es crea entre educador i usuari és l'eina professional més important”* (1999, pàg. 11), trobo que té molta part de raó, donat que amb el nostre treball, contínuament estem en contacte amb les actituds i les emocions de les persones, per tant, irremediablement s'ha de crear un vincle afectiu, que ens servirà de pont per arribar a aquest individu. No hem de confondre una relació afectiva amb una relació de dependència o de “col·legues”; som una peça que serveix per encaixar peces, però sense nosaltres, el puzzle també s'ha de poder continuar muntant. Al SAD, com en molts altres serveis, ens trobarem habitualment amb persones que han perdut la seva font principal d'afecte (encara que moltes vegades aquest afecte no fos del tot saludable, donat que

creava molta dependència), gran part del nostre treball residirà en saber com gestionar aquest afecte, perquè es torni saludable, serà una tasca complicada, degut a que en moltes ocasions, l'usuari, pot interpretar d'una manera confosa, determinades mostres d'afecte per part del professional, dificultant-ne en certa manera, el treball educatiu.

La tercera idea és que els educadors solem treballar a contracorrent, donat que intervenim amb persones, que pel motiu que sigui, estan agafant una trajectòria, sovint, no desitjable. En moltes ocasions ens trobem amb persones que entendran que el rumb que esta prenent la seva vida, però en altres ocasions, aquesta necessitat de canviar de direcció, només estarà viscuda des d'una perspectiva professional, fent que el treball educatiu, esdevingui doblement a contracorrent. En els serveis domiciliaris, i en especial, en la branca que estem fent referència, ens trobarem sovint amb aquesta situació, donat que les persones que atenem solen passar un moment de brusc canvi, persones que han d'assumir un gruix de responsabilitats que no havien tingut fins aleshores.

Per últim, l'autor fa referència a un adjectiu: "molest"; una mica seguint el fil de la tercera idea, al treballar a contracorrent solem intentar provocar situacions diferents a les que l'usuari està acostumat. Aquestes situacions en moltes ocasions poden provocar que l'individu és pugui sentir incòmode o molest, som un element que apareix del no res i vol canviar coses, per tant, és normal que en un principi les persones ateses s'hi sentin insegures i desconfiades vers l'educador. Sedò també considera important combinar aquestes situacions amb altres d'agradables, amb menys exigència, per tal de facilitar, a posteriori, l'altre tipus d'intervenció.

2. 5. Experiències a Espanya

En aquest apartat analitzarem algun recurs que existeix a l'actualitat relacionat amb l'atenció domiciliària. Com ja hem comentat en el punt 2.2 que feia referència a la legislació estatal, el model espanyol utilitza diferents tipus de prestacions socials per tal de cobrir diferents estats de necessitat. Aquest tipus de model és el que està implantat als països menys desenvolupats del sud d'Europa, com poden ser Portugal, Itàlia o Grècia, a més d'Espanya.

El primer que farem serà una aproximació a diferents serveis que es desenvolupen per l'estat espanyol, per poder conèixer quines línies d'actuació s'estan seguint, he realitzat aquesta recerca mitjançant la informació estreta en els portals webs de les empreses que us presentaré. He intentat fer una mostra força representativa del que podem trobar en l'estat. Posteriorment, analitzaré una mica més a fons dos serveis concrets, de l'àmbit català, que conec amb més detall.

2.5.1. ServYSol

Entitat de Madrid que ofereix una sèrie de serveis sanitaris, domèstics i d'acompanyament orientats a **l'ajuda en el propi domicili**. En la seva filosofia remarquen la capacitat per adaptar les seves intervencions i serveis a l'usuari, per tal de fer front les seves necessitats i adaptar-se a les que puguin aparèixer en el futur. El seu objectiu principal resideix en augmentar la qualitat de vida de les persones que, per qualsevol circumstància, necessiten determinats cuidats o atencions especialitzades, ja sigui en el **propri domicili**, com en d'altres institucions.

TIPOLOGIA D'USUARIS I SERVEIS QUE PROPOSEN

Les ajudes de ServySol estan destinades als següents usuaris: gent gran, malalts, discapacitats i/o nens.

Els serveis que ofereix són:

- Serveis de companyia: Companyia de nit i de dia; ajudes per caminar, menjar; fer passejos; acompanyament per fer la compra, anar al metge...
- Cures (Atenció Personal): Llevar i/o acostar; bany o dutxa; higiene personal, hidratació i protecció de la pell; suport per vestir-se, fer-se el menjar...
- Cures (Atenció Sanitària): Mobilització i canvis posturals; prevenció d'aparició d'úlceres per pressió; control i administració de medicació via oral...
- Cangurs (Nens): Atenció i cura en el domicili; suport en la higiene personal: canvi de roba i/o bolquers; atenció psicològica...
- Teleassistència: Per persones que viuen soles o passen hores sense tenir familiars en el domicili (gent gran, discapacitat, nens..); assistència permanent (24h/365 dies).

Com veiem els serveis que proposa són majoritàriament de caire assistencials, proposen tot un ventall de solucions orientades a l'ajuda domiciliària i es distingeixen per tenir molta flexibilitat per adaptar-se a les necessitats dels possibles usuaris.

PROFESSIONALS QUE INTERVENEN

Els professionals amb els que compta són els següents: psicòlegs, podòlegs, infermers, fisioterapeutes, logopedes i **treballadores socials**. Com podem veure, la majoria són de l'àmbit sanitari, si exceptuem els treballadors socials que fan una feina informativa i/o d'assessorament encarada als diferents recursos i/o prestacions socials disponibles.

2.5.2. Grupo Urgatzi

El Grupo Urgatzi neix a mitjans de l'any 1994 a Biscaia (País Basc) amb l'objectiu de fer front a les diverses demandes socials que genera la població fomentant, en tant que sigui possible, el benestar de les persones ateses. Les seves intervencions són de caràcter socio-sanitari i ofereixen un ampli ventall de serveis i/o assessorament.

TIPOLOGIA D'USUARIS I SERVEIS QUE PROPOSEN

El Grupo Urgatzi no atén a cap col·lectiu o individu en especial, ja que la seva proposta de serveis és molt amplia, per això, ofereix serveis per donar resposta a una gran varietat de necessitats socials, sigui quina sigui la seva procedència.

A continuació us exposarem de quins serveis disposa concretament:

- **Serveis d'ajuda a domicili:** Dona resposta a les necessitats de persones en situació de dependència perquè aquestes puguin restar en l'entorn del seu domicili.
- Centres residencials
- Socio-sanitat

- Llars d'atenció a menors
- Serveis socials de Base
- Altres com: Assessoria i promoció, investigació i recursos, centres d'activitats, centres d'emergència i apartaments tutelats.

PROFESSIONALS QUE INTERVENEN

En l'actualitat, el Grupo Urgatzi compta amb un equip de més de 1.000 professionals qualificats, que treballen per oferir als seus usuaris serveis amb la major eficiència possible. Els diferents professionals que intervenen en els àmbits que hem esmentat anteriorment són els següent: Mèdics, **treballadors/as Socials**, terapeutes ocupacionals, **educadors/as socials**, auxiliar de geriatría, logopedes, D.U.E., fisioterapeuta, animadors/as socioculturals, psicòlegs/as, auxiliars domiciliaris i podòlegs/a.

2.5.3. Abenzoar

Abenzoar és una cooperativa que neix a l'any 1985 a Granada encaminada al treball en **l'atenció domiciliaria** amb gent gran. La seva experiència es recolza en la col·laboració que ha mantingut des de llavors amb l'Ajuntament de Granada, atenent a més de 1000 famílies granadines en l'àmbit d'atenció domiciliària.

TIPOLOGIA D'USUARIS I SERVEIS QUE PROPOSEN

Dins del seu portal d'Internet es contradiu una mica al fer referència a la població que atén. Per una banda diu que ofereix serveis a persones de 60 anys en endavant, però si llegim el seu dossier (veure Annex B) amplia la seva proposta a famílies monoparentals amb fills al càrrec, famílies

desestructurades, menors en situació de risc psicosocial i persones amb malalties cròniques.

Ofereixen dos serveis diferenciats:

- **Serveis d'ajuda al domicili:** Ofereixen una sèrie d'actuacions (relacionades amb el manteniment de la vivenda; amb la higiene o l'alimentació de l'usuari; de caràcter educatiu com assolir hàbits de conducta i habilitats socials i també socio-comunitàries per fomentar la persona atesa la seva participació activa en el seu entorn i en possibles activitats que s'hi realitzin) que tenen com finalitat realitzar una atenció integral amb caràcter preventiu i educatiu.
- **Unitat d'estància diürna:** Centre que ofereix atenció integral per a persones en situació de dependència durant una part del dia. Els seus objectius són mantenir o millorar el nivell d'autonomia dels seus usuaris i proporcionar suport a les famílies o cuidadors que se'n fan càrrec.

PROFESSIONALS QUE INTERVENEN

Per les figures professionals que presenta, que són de l'àmbit sanitari (metges i/o infermers) i per les imatges que presenta el dossier (veure Annex B), que fan referència situacions on l'atenció va dirigida a persones grans, deduïm que el gruix d'intervencions d'aquesta cooperativa és de caràcter assistencial, encara que en la seva filosofia remarquen el treball educatiu, sembla que aquest està desenvolupat per personal d'àmbits sanitaris.

2.5.4. Cegapse

Centre gallec que disposa d'un equip multidisciplinari per trobar solucions en els àmbits educatiu, psicològic i sociosanitari. En la seva filosofia remarquen la seva intenció de fomentar l'autonomia i la independència dels seus usuaris. Gaudeixen d'un equip multidisciplinari molt ampli, que els permet buscar solucions als problemes globals en l'àmbit bio psicosocial i educatiu de l'individu com a part d'una parella, família o societat.

TIPOLOGIA D'USUARIS I SERVEIS QUE PROPOSEN

No treballen per a col·lectius o persones en concret, per tant, la tipologia d'usuaris és molt variada i es correspon a cada un dels diferents serveis que proposen i que comentarem a continuació:

- Atenció psicològica: On treballen amb addiccions, trastorns alimentaris, de la son i/o sexologia, entre d'altres.
- Atenció psiquiàtrica: Té com a objectiu el diagnòstic, tractament i seguiment de manera personalitzada de les persones de la comunitat que requereixin, tan puntual com de manera continuada.
- Atenció sociosanitaria: Dins d'aquest servei es contempla el **SAD**, on sí especifiquen a quina tipologia d'usuaris va dirigit: gent gran, malalts, nens i/o discapacitats. També ofereixen assessorament en la gestió d'ajudes/prestacions socials.
- Altres serveis com mediació familiar, psicomotricitat, logopèdia i activitats (cursos o extraescolars)

PROFESSIONALS QUE INTERVENEN

Cegapse té una gran varietat de professionals específics per a cada tipologia de servei que ofereix, per això, poden accedir a les problemàtiques dins l'àmbit social des d'una perspectiva molt global, com ja em comentat amb anterioritat.

Dins dels professionals que es dediquen a la atenció domiciliària **no hi són presents els educadors socials**, la figura equivalent més propera que podem trobar és la del “cuidador”, les altres són més de caire mèdic (mèdic, psiquiatres, podòlegs, etc.) i d'altres amb funcions específiques (cuiners o personal de neteja). El que sí que trobo és que l'atenció és molt integral, ja que posen a disposició de l'usuari un gran ventall de professionals per atendre qualsevol problemàtica, aquest aspecte en certa manera pot esser molt positiu, ja que per persones amb un nivell d'autonomia molt limitat, es podrà atendre totes les seves mancances, però considero que, quan el que es pretén és afavorir l'autonomia de l'usuari, també és beneficiós descentralitzar els recursos perquè sigui la mateixa persona qui aprengui a aconseguir-los.

Com hem pogut veure en els diferents serveis que he presentat fent referència a l'àmbit espanyol, la majoria dels recursos que trobem tenen finalitats més aviat assistencials, amb més presència del sector sanitari, que del educatiu. Trobo normal que hi hagi més nombre de serveis d'aquest tipus, ja que segurament hi ha més demanda d'aquesta tipologia de servei, donat a l'augment de la població envellida.

Per veure, a grans trets, com es desenvolupen els serveis a partir del model de prestacions, faré dues ressenyes amb una mica més d'aprofundiment. La primera serà de una cooperativa que realitza serveis d'atenció domiciliària i la segona a una Fundació privada, que en el 2009 ha

incorporat a la seva cartera de serveis, un recurs de suport domiciliari. Aquestes experiències no pretenen ser un anàlisi exhaustiu de tota la realitat que envolta els SAD, sinó un aproximament a algun exemple que tinc la sort de conèixer de prop.

2.5.5. Artris Serveis Socials

ARTRIS SERVEIS SOCIALS és una cooperativa d'iniciativa social sense ànim de lucre, constituïda l'any 1997 per un grup de professionals de l'àmbit social. Dintre del seu catàleg de serveis disposa del d'atenció domiciliària, que és el que ens interessa analitzar.

Aquest servei el gestiona de diferents maneres, tant pública, donat que l'entitat treballa amb diferents ajuntaments i Consells comarcals de la província de Girona i des d'allà, en funció dels ingressos i necessitats de cada persona, les administracions públiques subvencionen el cost total o parcial dels possibles usuaris. Per altra banda, Artris també treballa de manera privada, subcontractada per famílies o Fundacions tutelars, que assumeixen el cost del servei, i estableixen les condicions del mateix.

Des de la meua experiència d'haver pogut treballar gairebé dos anys en aquesta cooperativa, fent de treballador familiar en els serveis d'atenció domiciliària amb persones amb problemàtiques m'he trobat que, potser per ser un servei de SAD realitzat per aquesta empresa és relativament nou, ja que no va començar anys posteriors al seu origen, encara no es trobava coordinat amb suficient eficàcia. Tot i que hi havia indicis de millora en els últims mesos de la meua pràctica amb l'aparició de la figura d'un educador social que s'encarregava de la supervisió dels usuaris. Fins a aquell moment, crec que es mancava d'aquesta supervisió i també de recursos o instruments que serveixin per valorar el procés de la persona atesa.

La falta d'un programa clar, fins a aquell moment, o com a mínim, la no transmissió del mateix als professionals que hi treballaven, derivava a una falta de concreció en com havia de desenvolupar l'educador la tasca educativa. Trobo que encara s'havia de millorar en aquest aspecte, però com a mínim, en l'últim període que vaig treballar-hi, estaven produint-se canvis en aquest sentit, implantant directrius per millorar tot l'entramat que deriva de la pràctica educativa (com la incorporació de la figura de l'educador social per realitzar tasques de coordinació/supervisió dels serveis).

2.5.6. Fundació Privada Altem

La **Fundació Privada ALTEM** és una entitat d'àmbit comarcal, sense finalitat de lucre, que des de l'any 1968 es dedica a l'atenció de les persones amb discapacitat intel·lectual i/o trastorn mental de Figueres i comarca.

Per afavorir la qualitat de vida i aconseguir, en tant que es pugui, la inserció social i laboral de les persones que atenen, l'entitat ha desenvolupat tota una sèrie de projectes i serveis en els àmbits ocupacional, laboral i d'habitatge.

En el 2009, coincidint amb l'aparició del Programa de Suport a l'Autonomia a la pròpia llar (que hem analitzat en el punt 3. 2. 1. de la legislació estatal), la Fundació Altem ha creat un servei que s'adequa a les bases d'aquest programa, per tal d'oferir una ajuda a les persones amb discapacitat intel·lectual i trastorn mental, que viuen soles o amb familiars amb un alt grau de dependència, i necessiten suport en determinades àrees de la seva vida. Les persones candidates sol·licitaran el servei al Departament d'Acció Social i Ciutadania, la Fundació Altem esdevé una entitat col·laboradora del programa i per això, rebrà una prestació per cobrir les despeses que genera el suport personal a l'individu.

En aquest projecte de suport a la llar, es proposa intervenir amb l'usuari mitjançant un pla de treball individualitzat, on s'estableixen uns objectius específics que caldrà treballar amb l'usuari. Aquest pla es revisa setmanalment en les reunions de coordinació que surten plantejades en el mateix.

Trobo que és un projecte que està perfectament acotat, disposa d'uns objectius ben definits i té presents totes les àrees de desenvolupament de la persona atesa. Encara és un projecte jove com per analitzar i avaluar com està funcionant, però és un bon exemple de que les entitats estan elaborant alternatives per fer front a la promoció de l'Autonomia personal. (Fundació Privada Altem)

2. 6. Experiències a Europa

A nivell europeu ens trobem amb tres models diferenciats, tant en concepció com en nivell de despesa pública, pel que fa als sistemes institucionals bàsics. Com hem comentat anteriorment en els països menys desenvolupats en el camp social com Espanya, Itàlia, Portugal o Grècia, recorren a un model basat en les prestacions socials.

Els altres dos models que podem diferenciar són els següents:

- **Assegurança obligatòria:** És el model d'Àustria, Alemanya, Luxemburg, Bèlgica i França. El model més rellevant pel volum de persones ateses és el d'Alemanya, implantat per llei al 1995. L'assegurança és pública i obligatòria i està concebuda com una "continuació de la malaltia", per tant, els que estiguin coberts de risc de malaltia per una entitat privada, també hauran de recórrer a una entitat privada per contractar l'assegurança per dependència. Hi ha tres graus d'assistència amb diferents prestacions per cada grau (des de 400 euros per al nivell 1 fins a 1400 euros per al nivell 3), a més, la persona en situació de dependència pot escollir rebre la

seva prestació en espècies (serveis) o econòmicament (rebut aproximadament la meitat de la quantia).

- **Dret universal prestat per serveis socials descentralitzats:** És el model que s'ha anat desenvolupant als països nòrdics (Dinamarca, Finlàndia, Suècia, Holanda) i amb menor extensió als anglosaxons (Regne Unit i Irlanda). En aquests països els sistemes de seguretat social no cobreixen, per sí mateix, els riscos o prestacions derivades de la dependència. El que trobem és que s'articulen amb una xarxa de base municipal molt completa, finançada amb els impostos socials i amb diners de l'Administració central (López et al, 2005)

A continuació us exposarem dos exemples europeus de models que es desenvolupen amb el fi d'atendre a persones que es troben en situació de dependència. A diferència de les experiències que hem aportat a nivell estatal, que són més concretes, ja que fan referència a com es desenvolupen empreses a nivell particular. En els següents exemples trobarem models més integrals, que afectant a tot l'entramat de la societat per incidir en noves maneres de plantejar i afrontar els reptes de la dependència.

2. 6. 1. STIL: Cooperativa d'Estocolm per la Vida Independent

Aquest model ve de la mà del moviment per una Vida Independent (Independent living⁴). Es va començar a donar forma a Suècia a mitjans de la

⁴ Aquest moviment, impulsat als Estats Units als finals dels anys 60, té com a finalitat la igualtat de participació activa en la societat de les persones amb discapacitat i l'eliminació de barreres. La màxima que es defensa és que el model social i mèdic de la nostra societat es preocupa massa de curar o "reparar" a la persona discapacitada, quan seria més adient posar l'èmfasi a preparar a la societat per donar cabuda a tots els ciutadans. Es considera com a punt de partida d'aquest moviment el ingrés d'Ed Roberts a la Universitat de Califòrnia, era una persona amb una discapacitat molt severa i tot i així va aconseguir llicenciar-se en Ciències Polítiques. (Vidal, 2003)

dècada dels 80, per Adolf Ratzka i un grup de persones amb discapacitat física que requerien d'assistència personal. Durant la segona meitat d'aquesta dècada va haver de superar forces dificultats, ja que alguns partits polítics o els proveïdors dels serveis tradicionals s'oposaven fortament a la implantació d'aquest programa. Finalment, l'any 1989 va començar a funcionar de manera permanent.

La reforma de Assistència Personal de 1994 va suposar un pas endavant molt important per aquest model, donat que la solució es va convertir en el model per una nova reforma legal. Des d'aquell moment, la Seguretat Social Nacional cobria les necessitats derivades de l'assistència personal pels individus que ho necessitaven, sense tenir en compte el nivell d'ingressos de l'usuari, només en relació al número d'hores d'ajuda que requereix. En l'actualitat, el sector privat aporta part de la prestació.

El model STIL basa la seva essència en què cada membre té els seus ajudants personals; el reclutament, formació, programació i supervisió dels ajudants és una responsabilitat del membre de la STIL, per tant, podríem dir que els encarregats dels ajudants personals, són els propis membres. L'objectiu de la STIL és proporcionar mètodes pràctics per què els membres puguin aconseguir autonomia, independència i integritat en la seva vida quotidiana.

Els principals beneficis d'aquest model innovador recauen en què, com són els propis usuaris el qui ho organitzen, ningú sap millor que ells quines són les necessitats més importants a cobrir. És una bona manera de lluitar contra la imposició més institucionalitzada de la majoria de serveis que estan encaminats a donar resposta a la dependència.

Tot i així, crec que és una resposta adequada a un determinat col·lectiu, a aquell que tingui una autonomia moral complerta o pràcticament complerta. Considero que no tothom està capacitat per portar a terme les responsabilitats

que es demanen en aquest model, encara que per això, la STIL proposa la inclusió d'un segon membre, que doni suport al primer, per que així junts puguin realitzar aquesta tasca supervisora (Ratzka 1999)

2. 6. 2. Projecte 81:El Moviment de Vida Independent al Regne Unit

També al Regne Unit van arribar corrents del moviment de Vida Independent, que es van desenvolupar de diferent manera del que hem explicat en el model STIL de l'apartat anterior. El seu origen data dels anys setanta, les persones amb discapacitat d'aquest i d'altres països estaven força descontents amb els serveis que se'ls ofería des de les administracions públiques, els consideraven paternalistes, institucionals i sense coherència amb les necessitats que tenien.

Al voltant dels anys vuitanta, un grup de persones amb discapacitat varen viatjar als Estats Units per estudiar i explorar les possibilitats del moviment que hem mencionat. Dintre d'aquestes persones destacarem a John Evans, un dels fundadors del "projecte 81".

El "projecte 81" neix amb la finalitat de les persones amb discapacitat de continuar el seu camí fora de les institucions. Els pioners d'aquest projecte són el mateix John Evans, Philip Mason, Philip Scott, Tad Polkowski i Liz Briggs que van negociar amb l'Estat un paquet econòmic per la població que es trobava en aquesta situació es pogués "independitzar" de les institucions on romanien fins aquell moment.

Aquest acord va provocar que l'Autoritat els entregués una quantitat determinada de diners, per què ells mateixos contractessin els seus ajudants personals, segons les necessitats que ells consideressin. Aquest fet els va permetre mudar-se a una comunitat gestionada per ells mateixos. Amb el temps, aquest model de "comunitat" no va aconseguir tot l'èxit que es

proposaven, ja que les persones no acabaven de tenir cobertes algunes de les seves necessitats.

A partir d'aquest moment, les persones que van participar en aquest projecte van voler compartir experiències amb d'altres persones discapacitades que buscaven solucions a la seva situació. Conjuntament amb estudiants i persones que van treballar a la comunitat, al 1984 es va fundar el primer CIL (Centre de Vida Independent), que incorporava els "principis de Vida Independent"⁵. L'essència dels CIL radicava en que havia d'estar gestionat per persones amb discapacitat i un dels punts que es van valorar era que aquestes es reunissin de manera contínua, per tal de assegurar-se que el moviment seguís viu i es mantingués l'ímpetu actiu.

Els CIL basaven el seu desenvolupament en l'ús, per part de les persones amb discapacitat, de ajudants contractats que assumissin el suport personal que es requeria. Paral·lelament a aquest sistema, també van sorgir d'altres que basaven la seva acció d'assistència personal mitjançant joves voluntaris.

Un fet interessant va ser que, a partir d'aquest moviment al Regne Unit, les persones que s'encarregaven de portar-lo a terme, van contactar amb els seus homòlegs, en especial de Suècia i Alemanya. D'aquests contactes varen desembocar en la Conferència Internacional sobre Vida Independent en

⁵ Els principis de vida independent recollits en la filosofia d'aquest moviment són els següents: Drets humans i civils, autodeterminació, auto ajuda (Suport entre iguals), possibilitats per exercir poder (apoderament), responsabilitat sobre la pròpia vida i accions, dret a assumir riscos i viure en la comunitat. (Foro de vida Independiente, 2009)

Europa, celebrada a Munich. En aquesta conferència es van establir vincles entre Philip Mason i John Evans amb Adolf Ratzka (fundador de les STIL que hem analitzat en l'apartat anterior numero: 3.6.1.). D'aquest contacte es van establir altres conferències celebrades a Suècia i al mateix Regne Unit, establint un contacte habitual i creant una xarxa europea e internacional del Moviment de Vida Independent.

A partir d'aquestes premisses, aquest moviment va lluitar per aconseguir cobrir les necessitats de les persones amb discapacitats. Primer es va crear un Fons de Vida Independent (Independent Living Fund), que suposava una provisió de diners per ajudar a que les persones amb discapacitat poguessin viure independentment.

D'altra banda, també es va crear un Comitè de Vida Independent que tenia com a objectius centrar els seus esforços en lluitar per legislativament per provocar un canvi dels serveis i/o programes per les persones amb discapacitat estiguessin més disponibles. La principal lluita que va articular aquest Comitè va ser la defensa del sistema de "pagament directe", que defensava proporcionar la prestació adequada a la persona en qüestió per que ella mateixa contractes el seu personal de assistència. Investigacions van descobrir que aquesta ajuda permetia a les persones que es trobaven en aquesta situació tinguessin un major grau d'elecció i control, essent més fiable que el subministrament de serveis tradicional.

El finançament d'aquest serveis individualitzats està principalment gestionat per el Ministeri de Sanitat, tot i així, cada autoritat rebia la responsabilitat de fer-la arribar als ciutadans. Per aquest motiu, els diners principalment es treien del pressupost destinat als serveis socials municipals. Com aspecte que trobo interessant remarcar, aquest pressupost inclou els serveis destinats a altres tipus de col·lectius: gent gran, usuaris de salut mental o persones amb discapacitat d'aprenentatge, entre d'altres (Vidal, 2003).

3. Bloc pràctic

En aquest segon bloc entrarem en la part pràctica, en les meves propostes i en com crec que s'han de portar a terme. Primer farem un petit aproximament del servei que suggereixo, fent una comparació amb el servei del que prové: del SAD. Seran unes pinzellades que després es completaran amb el següent apartat, on ja entraré a aprofundir en què consisteix aquest servei, establint els objectius generals, els eixos d'intervenció més habituals i les persones a les qual va destinat. No serà una proposta del tot innovadora, ja que el servei com a tal ja existeix, ja sigui entès com un SAD més, sense diferenciar-lo del mateix, com per altres tipus de serveis creats a partir de diferents prestacions socials: com poden ser el SSAPLL (Servei de Suport a l'Autonomia a la Pròpia Llar), del qual hem parlat en el anterior bloc teòric, concretament en l'apartat destinat a la legislació i el marc normatiu.

El tercer apartat farà referència a la meua proposta d'organització del servei en qüestió, tindrem les eines adequades i la contextualització desitjable, tant a nivell teòric, com pràctic i només caldrà donar-li forma. Trobo que marcar una bona línia organitzativa és essencial per què un projecte funcioni correctament. Establir les competències de cada professional i com s'han de coordinar, quins recursos educatius han d'utilitzar i amb quina finalitat, són part dels temes que tractarem en aquest apartat.

3. 1. Un camí del SAD al SED:

Parlem del SAD com a punt de partida d'aquest treball donat a que aquest servei engloba actualment la major part dels models d'intervenció destinats a donar suport a determinats usuaris en les seves pròpies llars.

Seguint amb el que he estat explicant anteriorment, les persones amb malaltia mental, usuaris relativament nous d'aquest tipus de serveis, requereixen d'un suport radicalment diferent, per tant la figura del professional

també ha de ser diferent. Aleshores, tot i que el servei en el seu origen té la mateixa finalitat, podríem considerar que ens trobem davant d'un nou servei. Per poder analitzar i diferenciar aquest nou model d'intervenció l'anomenarem d'un altre manera. Aquesta nova nomenclatura en realitat no existeix, però l'utilitzarem com a proposta en aquest treball per facilitar la comprensió dels lectors. Aleshores, aquest treball s'encamina a la proposta d'organització d'un Suport Educatiu Domiciliari (SED).

Considero que és important canviar la visió assistencial d'un SAD, per saber amb més eficiència els principals objectius del model que estem presentat. Per això, a partir d'ara quan parlem de tot el que envolta el servei que estem presentant, utilitzarem la nomenclatura SED. De fet, en les sigles només canvia la lletra "A" que fa referència a la paraula "atenció", per la lletra "E" que fa referència al mot "educatiu". Aquest petit canvi, des del meu punt de vista representa la diferenciació entre l'essència d'un i altre servei, entre la ja nombrada visió assistencial del Servei d'Atenció Domiciliària i la visió educativa del Suport Educatiu Domiciliari.

Per defensar una mica la diferenciació entre els dos serveis, posaré un exemple específic: Si tenim una persona que té nul·la la mobilitat dels braços, dir-li que mengi sol no farà més que frustrar-li, ja que probablement sigui incapaç de fer-ho per ell mateix. Si en canvi ens trobem amb una persona amb una manca d'autonomia moral, donar-li el menjar a la boca seria limitar les seves possibilitats. Entenc que aquest exemple és una mica extremat, però en la seva essència trobo que explica acertadament el propòsit de la meua intervenció, ja que aquesta es basa en realitzar un treball educatiu amb la persona atesa, no cobrint les seves mancances físiques o psíquiques amb les nostres actuacions, es a dir, fer-li les tasques que ell no vol o no es sent capacitat a fer, sinó afavorir que sigui ell mateix capaç d'assumir, de mica en mica, les seves respectives responsabilitats en el devenir de la seva vida quotidiana, no només en la seva llar, sinó en tot l'entorn del qual es participa l'individu.

En moltes ocasions ens trobarem en situacions on és complicat decidir quin és el servei més adequat per un usuari determinat, perquè en l'àmbit de la dependència normalment no ens trobem amb problemàtiques blanques i negres, sinó de multitud de tonalitats grises. Sens dubte que és molt important el treball acurat dels professionals a l'hora d'analitzar, amb molta delicadesa, cada situació, per tal d'aconseguir donar la millor resposta a les necessitats que poden sorgir en el dia a dia de cada usuari. Tot i que, dintre d'uns paràmetres, es solen repetir molts factors quan es treballa amb determinades tipologies d'usuaris. El que vull dir és que probablement una persona que es troba en situació de dependència per una discapacitat física, serà més ben atès amb una intervenció més assistencial, en canvi, una persona amb problemàtiques de salut mental, li escaurà més profitosament un model d'intervenció més centrat en el treball educatiu.

Evidentment les característiques generals d'un SED seran molt diferents a un SAD, habitualment serà un suport més intermitent, donat que els usuaris atesos, habitualment persones amb malaltia mental, requeriran d'una ajuda menys constant, sempre i quant aquests estiguin dins d'un període estable en relació a la seva problemàtica. Per contra, els SAD habitualment són suports amb més carga d'hores, ja que la persona atesa necessita de la presència del professional per atendre les diferents dificultats derivades de les seves mancances físiques.

El SED gaudirà d'una supervisió més continuada amb uns objectius més específics, el treball s'haurà d'establir en funció a la pròpia progressió de l'usuari, per aquest motiu, pot ser molt canviant, ja que ens trobem amb usuaris que, per causa de la seva malaltia mental, poden patir períodes llargs tant d'estabilitat com d'instabilitat, a vegades d'una manera imprevisible. Per contra, en un SAD, gaudirem habitualment de processos molt més estables i previsibles, els objectius seran menys variables, ja que les pretensions de millora no es basaran tant en la intervenció del treballador familiar en l'àmbit domèstic, sinó en el treball sanitari dels professionals que s'encarregaran de

les tasques de rehabilitació de l'usuari. En molts casos, els SAD poden ser puntuals, degut a situacions on es requereix d'un suport ocasional, per causa d'un període de recuperació d'una incapacitació temporal. Però en molts altres casos, ja sigui per discapacitats cròniques o per l'inexorable pas a la vellesa, la necessitat de suport assistencial serà cada vegada més palesa.

Tot això es resumirà en un quadre comparatiu on es podran observar més clarament les diferències entre els dos serveis.

Taula 1: Comparació entre SAD i SED:

	SAD	SED
Figura professional	Treballador familiar o Auxiliar de geriatría	Educador social
Usuaris	Persones en situació de dependència per discapacitats físiques/psíquics (grau mig) o gent gran	Dirigit a persones en situació de dependència per malaltia mental. (També en ocasions adequat per discapacitats psíquics lleus)
Tipologia del servei	Treball majoritàriament assistencial	Treball majoritàriament educatiu
Intensitat del suport	Suport generalitzat	Suport intermitent
Objectius	Objectius més estables Afavorir autonomia física Milliores en capacitats motrius (Supervisions de professionals sanitaris de rehabilitació)	Més variabilitat en els objectius Afavorir autonomia moral Estabilització i control de la malaltia mental (Supervisions de professionals del camp psiquiàtric)

Font: Pròpia

3. 2. Presentació del Servei SED

La nomenclatura SED (Suport Educatiu Domiciliari) no existeix com a tal, és una proposta feta en aquest treball per anomenar una branca o una part del SAD que si existeix. Considero que és important aquesta diferenciació, perquè ajuda als professionals a entendre millor de quin tipus d'intervenció estem parlant. A més, estem parlant d'un nou model o servei gairebé oposat a nivell pragmàtic de l'altre, com hem vist anteriorment, aquesta diferenciació garanteix una resposta més eficient.

3. 2 . 1. Objectius

Presentarem tot seguit els objectius prioritaris i generals d'un SED, aquests serien comuns i essencials en qualsevol situació o cas, tot i que dependrà de cada usuari que siguin més urgents o que necessitin més intensitat per part de la intervenció per intentar assumir-los.

1. Fomentar tant com es pugui l'autonomia del usuari, potenciant el seu benestar personal.
2. Establir una relació afectiva i efectiva entre professional i l'individu productiva, sempre respectant els límits lògics d'una intervenció educativa, mitjançant un tracte de respecte vers l'usuari i el seu entorn.
3. Observar, descobrir i analitzar en quins aspectes l'usuari té més necessitats per tal d'incidir-hi.
4. Elaborar un pla de d'actuació conjuntament amb l'usuari, on s'estableixin les pautes essencials a treballar.

5. Realitzar una intervenció integral, tenint en compte tot el que rodeja a la persona que estem atenent.
6. Mantenir a la persona atesa en el seu entorn habitual, prevenint d'aquesta manera possibles institucionalitzacions que podrien minvar en certa manera la seva autonomia personal i, fins i tot, la seva qualitat de vida.
7. Aconseguir relacionar l'individu amb el seu entorn social més proper, sense limitar el nostre espai de treball a la pròpia llar (fer un cafè o anar a donar un volt són, entre d'altres, espais on es poden treballar multitud d'aspectes, en especial, tot un seguit d'habilitats socials).
8. Provocar situacions on sigui el propi usuari qui adopti responsabilitats, tant a nivell domèstic com a nivell social.
9. Realitzar una intervenció conjunta, fent participar tota la xarxa que envolta l'usuari, des de recursos on hi sigui present, com els seus referents o familiars, si és que en té.

A partir dels objectius generals, una vegada realitzada una observació activa de la persona atesa, s'elaboraran els objectius específics, conjuntament amb cada usuari, dintre del pla d'actuació.

3. 2. 2. Destinataris

Els destinataris lògics d'un SED solen ser persones amb problemàtiques de salut mental, majoritàriament esquizofrènia, que per qualsevol motiu s'han quedat sols en la seva llar o els membres de la mateixa no estan en condicions de cobrir les demandes que generen. Habitualment ens trobarem amb usuaris que, al llarg de la seva vida, el seu entorn familiar l'ha protegit en excés. Degut a aquest passat, ens trobem que tenen dificultat per adoptar responsabilitats, tant a nivell domèstic, on els hi manquen molts recursos, com a nivell social,

donat a que també en moltes ocasions no gaudeixen d'una gran xarxa social provocat per la sobre protecció que abans he esmentat. Això no significa necessàriament que aquestes persones no tinguin capacitats per agafar aquestes responsabilitats, simplement pot voler dir que requereixen d'un suport, tant a nivell educatiu com motivacional per poder-ho arribar a fer. S'ha de tenir clar que aquest procés en la majoria dels casos resulta lent, ja que tampoc estan gaire acostumats als canvis, i abans d'assumir aquestes responsabilitats, hauran d'adaptar-se a la seva nova vida, una vida possiblement més complexa, i en un inici, potser més molesta, però alhora molt més plena, ja que seran ells mateixos els que tinguin l'autonomia de decidir com es desenvolupa.

Aquest servei no es presenta tant sols com una alternativa a la institucionalització, degut a que, en certa manera, hi ha usuaris que normalment podrien "sobreviure" sols sense l'educador. Sinó que ens trobem més amb un servei per potenciar el benestar de les persones que són ateses, perquè aquestes tinguin una vida plena i satisfactòria tenint sempre en compte la seva autonomia i capacitat de decisió.

En moltes ocasions ens trobarem amb persones que encara viuen amb la família, però que, pel que sigui, aquesta no té plenes capacitats per fer front al cura de les mateixes. En aquests casos la nostra intervenció serà conjunta i dirigida a tot l'entorn familiar i amb el suport del mateix. És important aquest suport, perquè si nosaltres marquem una pauta a seguir i els altres membres de la llar van en una direcció contrària, el més probable és que s'ensorri tot el nostre propòsit, a més, creariem molta confusió a l'usuari, fins i tot se li podria generar un rebuig vers nosaltres, donat que l'estaríem donant un missatge que en la seva pròpia llar està essent contradit. Més o menys és el mateix que hem comentat abans quan hem dit que, amb la xarxa de serveis i recursos que envolten la persona amb situació de dependència, s'han d'establir unes pautes comunes per no confondre'l i per poder treballar millor, amb més suport i eficiència.

Normalment el treball amb la família sol ser encara més complicat, ja que ens trobem amb opinions i amb formes de veure totalment diferents, fins i tot amb gent gran, amb poca facilitat per acceptar consells o amb falta d'interès per participar de forma activa en el procés. També en ocasions, la família no entén que la seva col·laboració és clau per què el projecte vagi a bon port. És té sovint la creença de que la intervenció s'ha de dirigir només encaminada a l'usuari i normalment, per no dir sempre, no és així, ha de ser molt integral, tenint en compte tot el que envolta aquesta persona. En aquests casos s'accentua més la necessitat de que el professional tingui molt de tacte i respecte a l'hora d'intervenir, tant a nivell de l'individu com de la família, ha d'introduir-se poc a poc, perquè aquests puguin agafar confiança, que és bàsica per un treballa profitós.

Evidentment cada individu tindrà diferents necessitats, processos més o menys lents i en definitiva una intervenció totalment individualitzada. A priori, aquest servei sol estar orientat a que el suport realitzat sigui força intermitent, donat que els usuaris, com hem comentat abans solen tenir un grau d'autonomia força elevat. Amb el temps, aquest suport acabarà per ser més una supervisió, si el procés es realitza correctament, tot i que en moltes ocasions ens trobarem recaigudes degudes a la pròpia malaltia o simplement al desgast que pot venir provocat per l'edat, que en ocasions comporta algun tipus de demència o fragilitat física.

3. 2. 3. Eixos d'intervenció

Els eixos d'intervenció més importants canvien sempre entre un cas i un altre, normalment hi ha diferents patrons que solen repetir-se, hi ha certes àrees que solen ser més recurrents que d'altres. Intentarem fer un aproximament a les que solen ser més habituals, explicant què es sol treballar dins de les mateixes.

L'àrea d'intervenció general és la del desenvolupament humà, podríem dir que els altres eixos se'n deriven d'aquest, s'atén a persones i, per tant, es

treballà en un procés per tal que aquestes es desenvolupin en els diversos espais de la seva vida. Podríem dir que aquest eix es comparteix, en major o menor grau, en tots els àmbits on l'educador fa una intervenció directe amb persones.

Com a eixos més específics que es treballen en un SED trobem els següents: Comunicació, cura de sí mateix (Higiene), Habilitats socials, Vida la llar, ús de la comunitat, auto direcció, salut i seguretat, habilitats acadèmiques funcionals, oci i temps lliure i treball (AAMR, 2006)⁶. A partir d'aquests, s'elaboren els objectius específics dintre del pla educatiu, parlarem una mica de quins elements intervenen en cada eix d'intervenció.

La **comunicació** és bàsica per que l'individu es pugui fer entendre i entengui als altres, aquí es treballaran aspectes relacionats amb la comunicació, tant verbal com no verbal, per tal que la persona atesa tingui la capacitat de relacionar-se amb els demás de manera positiva. Les persones amb malaltia mental solen tenir molts problemes per realitzar una comunicació fluïda amb altres individus, per el possible autoaïllament com a mesura de protecció o per què el seu discurs pot arribar a ser incoherent i provocar rebuig en el seu entorn.

Un altre eix en el que es dedicarà el treball educatiu serà en la **cura de sí mateix**, el professional estarà davant de persones que, en moltes ocasions, no valoren aspectes com la higiene o la imatge personal, arribant a anar molt descuidades, amb roba vella, bruta o feta malbé. Motivar a que millorin aquest factor estarà dintre de les funcions de l'educador, intentant fer entendre que la

⁶ He agafat com a referència els eixos d'intervenció que utilitza l'AAMR en la seva aportació amb el sistema de suports, ja que considero que engloben bona part dels diferents elements presents en la vida d'un individu.

presència esdevé la carta de presentació de l'individu, tant a nivell social, com, si escau, laboral.

Una altra àrea on també s'incideix és en l'entorn social, i més concretament, en les **habilitats socials**, donat que, habitualment, l'educador es trobarà amb persones que no tenen prous recursos en aquest sentit, també treballarà aspectes de la conducta, intentant afavorir que siguin coherents amb la situació on es troben, intentant prevenir d'altres que poden resultar negatives per l'individu. S'haurà de treballar la conducta assertiva, en contraposició a conductes passives o agressives. La taula 2 presenta els diferents estils de resposta que es poden donar davant de situacions de relació.

Taula 2: Quadre de comportaments

ESTIL AGRESSIU	ESTIL PASSIU	ESTIL ASSERTIU
Conducta verbal		
<ul style="list-style-type: none"> • Impositora • Interromp els altres 	<ul style="list-style-type: none"> • Vacil·lant • Es talla amb facilitat 	<ul style="list-style-type: none"> • Directa • Serena i ferma
Conducta no verbal		
<ul style="list-style-type: none"> • Mirada fixa • Gestos amenaçadors • Postura tensa • Volum de veu alt 	<ul style="list-style-type: none"> • No mira directament als ulls • Moviments nerviosos • Postura recollida • Volum de veu baix 	<ul style="list-style-type: none"> • Mira amb naturalitat • Gesticula moderadament • Postura relaxada • Volum de veu normal
Conseqüències		
<ul style="list-style-type: none"> • No considera els drets aliens • Crea tensions • Conflictos interpersonals 	<ul style="list-style-type: none"> • No defensa els seus drets • Perd oportunitats • Conflictos intrapersonals i interpersonals 	<ul style="list-style-type: none"> • Defensa els seus drets • Sap valorar el seu entorn • Resol problemes

Font: Centre de Recursos Pedagògics de l'Alt Camp (2009)

Com podem veure en la taula 2, les diferents conductes verbals i no verbals dels comportaments agressius/passius produeixen conseqüències negatives. Aquestes conductes, tant les provocades per estils agressius, com per passius, es veuen molt freqüentment en persones que pateixen problemàtiques de salut mental (l'estil passiu amb més freqüència). L'educador ha de promoure en tant que sigui possible que la persona atesa assoleixi comportaments com els mostrats en la columna assertiva, això provocarà una millor **relació/comunicació** amb el seu entorn i, alhora, que l'individu gaudeixi de més capacitat per defensar els seus drets. Com veiem hem fet esment de la comunicació, ja que les **habilitats socials** estan molt relacionades amb d'altres eixos d'intervenció.

Com a eixos més específics del SED, trobem la **vida a la llar**, ja que el servei que plantegem té com a principal entorn la mateixa. D'aquest eix d'intervenció se'n deriven d'altres, més específics, com la higiene de la llar i la realització de tasques domèstiques com: cuinar, fer rentadores, etc., També s'inclou en aquesta àrea el fet de promoure el bon ús dels elements que componen la llar, com poden ser el mobiliari o els electrodomèstics. L'educador ha d'intentar treballar tots aquests aspectes des de la vessant de la responsabilitat, ajudant a l'usuari per que aquests deures no suposin una càrrega.

Dintre de la intervenció educativa també es tindrà present l'**ús de la comunitat**, l'educador afavorirà, en tant que sigui possible, que la persona atesa tingui coneixement dels recursos que disposa a la seva comunitat i se'n pugui aprofitar dels mateixos. També és important aconseguir una comunicació bidireccional amb aquesta comunitat, establint una integració de l'usuari en la mateixa, en tant que sigui possible. És molt freqüent, com hem comentat amb anterioritat, que persones amb problemàtiques de salut mental es refugien en la seva llar, per por a sentir-se rebutjats, per ansietat al trobar-se en determinades situacions (multituds de gent, sentir-se observats o jutjats, etc.,) o simplement

per la falta de recursos per relacionar-se socialment i la incomoditat que els hi provoca viure aquests moments.

Un altre eix en el que s'articularà la intervenció serà l'**auto direcció**, aquí entren aspectes més relacionats amb la conducta de l'usuari, ajudar-li a controlar els seus impulsos, a ser capaç de pensar les coses abans d'actuar, per tal de que l'usuari tingui més recursos i es desenvolupi d'una manera més gratificant en les seves relacions quotidianes. Podem relacionar aquesta àrea d'intervenció també amb la de les **habilitats socials** i en especial amb la taula 3 que hem comentat amb anterioritat relacionada amb els comportaments assertius.

Per el que fa a la **salut i seguretat**, és important que tinguem present que l'educador treballarà amb persones que, possiblement, no gaudiran de les capacitats per mantenir una vida saludable, en tots els aspectes que això comporta. En aquest eix entrarà tot el que està relacionat amb portar una dieta alimentària adequada, tenir un control de la medicació (si l'usuari n'ha de prendre) i, entre altres aspectes, utilitzar els diferents elements de la llar amb seguretat (cuines de gas o d'electricitat, aparells elèctrics, etc.). També és important fer incís en aquest apartat en el seguiment psiquiàtric de l'usuari, per vetllar perquè aquest tingui una evolució el més estable possible. L'educador haurà de proporcionar el suport necessari perquè la persona atesa estableixi hàbits estrictes pel que fa el seu tractament (presa de medicació, visites de seguiment per part del personal de referència psiquiàtric).

Les **habilitats acadèmiques funcionals** fan referència a tot el que envolta, a nivell formatiu, la vida de l'individu. Dependrà molt de cada usuari establir els objectius basant-se en les necessitats específiques de cada persona, per exemple, un individu que no sàpiga comptar, donar-li suport o treballar en aquest sentit, per tal que sigui capaç de fer comptes simples i se'n surti quan hagi de fer la compra; en canvi, amb un altre usuari, que tingui una formació més completa, un objectiu podria ser fomentar la lectura, per

entendre'ns, cada àrea es desenvolupa de diferent manera segons la persona a la que s'atén, essent molt important, el coneixement de la situació d'aquesta i de tot el que l'envolta.

Promocionar l'**oci i el temps lliure** també serà un altre eix d'intervenció. A vegades l'educador es trobarà que la persona atesa no disposa de recursos suficients per organitzar-se el seu temps lliure, per trobar activitats lúdiques on gaudeixi de moments per evadir-se de les responsabilitats del dia a dia. Suggestir activitats complementàries i, fins i tot, organitzar-les conjuntament també pot ajudar a crear un vincle entre educador i usuari, un dels objectius que hem mencionat en el primer punt d'aquest apartat.

Per últim incidirem en el **treball** si la persona atesa forma part d'un recurs laboral, si té capacitats com per formar part del mercat laboral, ja sigui en un centre de treball especial o en el mercat ordinari, i fomentarem, en tant que sigui possible, la seva participació, donant-li eines i recursos per què se'n pugui sortir amb garanties.

Com veurem en el següent apartat, quan parlem del pla educatiu individualitzat, els objectius específics els desenvoluparem a partir d'aquests eixos o àrees d'intervenció, per tant, és important tenir coneixement del que significa cadascuna, encara que, en cada cas es treballaran unes àrees més a fons que d'altres, segons les habilitats i/o capacitats de les que disposi cada usuari.

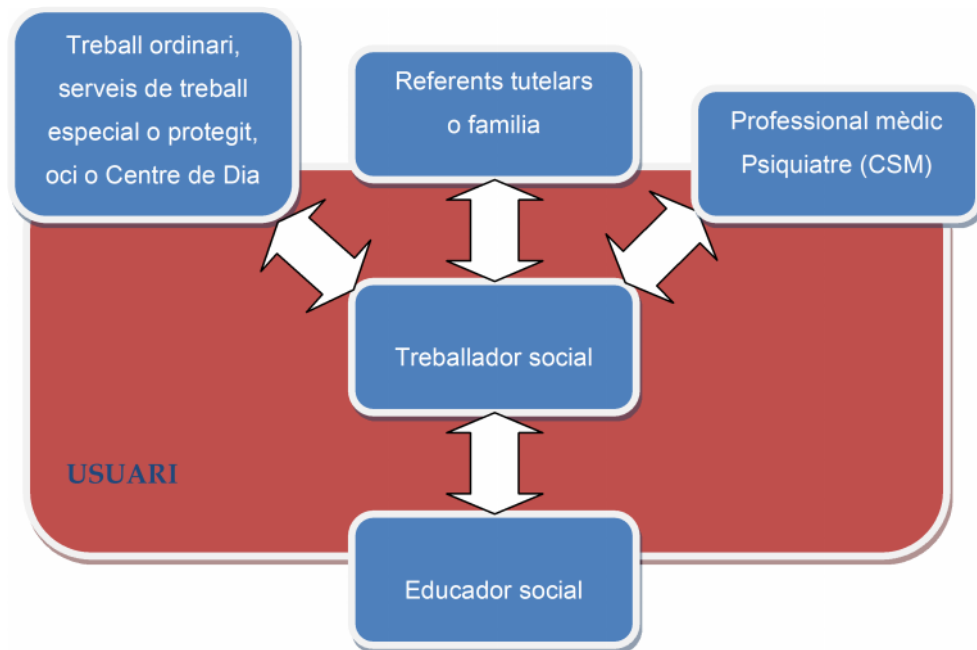
3. 3. Proposta d'intervenció estructural del servei

Una vegada descrit el servei que estic presentant, la meua proposta d'intervenció consistirà en establir unes pautes organitzatives i estructurals de com crec que s'ha de posar en pràctica per que funcioni amb garanties, explicaré les competències dels diferents professionals que hi intervenen (treballador social i educador social), com s'han de coordinar entre sí i amb els

altres referents que hi poden intervenir. També establiré quines eines es poden utilitzar per tal de fer una intervenció més eficaç, com s'han de fer servir i quines finalitats tenen.

3. 3. 1. Organigrama

Organigrama 1: Xarxa específica de l'usuari



Font: Pròpia

En l'organigrama 1 veiem com s'organitza la xarxa específica de l'usuari, en la part de sobre trobem els recursos en els quals la persona atesa hi pot ser present, els més representatius que hem diferenciat són el treball ordinari (si l'individu gaudeix d'habilitats com per desenvolupar-se), serveis de treball

protegit⁷ o Centre especial de treball⁸(CET), altres d'oci i el Centre de Dia⁹. En aquesta mateixa alçada podem veure els referents i, si escau, els familiars. Per últim també hem inclòs el personal mèdic, ja sigui compost per metges, psiquiatres, psicòlegs o qualsevol figura sanitària que intervingui directament en el tractament i seguiment de l'evolució de l'usuari. Trobo que és molt important que hi hagi un bon seguiment en aquest sentit, donat que per realitzar un bon treball educatiu amb la persona atesa, esdevé necessari que aquesta estigui el màxim estable possible pel que fa a la seva malaltia mental. Crec que aquest seguiment, tant a nivell terapèutic com farmacològic, és un requisit indispensable per la persona atesa pugui gaudir d'un SED i perquè aquest es desenvolupi amb garanties. Considero que aquest seguiment ha de ser extern al propi SED, per això l'he posat a l'alçada dels altres dos elements (recursos i tutela/família), degut a que des del meu punt de vista, això pot afavorir al procés d'autonomia de l'usuari, ja que pot agafar més responsabilitats pel que fa al seu tractament. D'aquesta manera també evitem que el servei en qüestió (SED), controlï masses aspectes de la seva vida. Per norma general aquest seguiment serà portat a terme pels professionals que treballen en els Centres de Salut Mental (CSM).

⁷ Entenem el treball protegit com instruments d'inserció sociolaboral per la via econòmica per a col·lectius que tenen especials dificultats d'ocupació.

⁸ Els centre especials de treball són aquelles empreses que compten en la seva plantilla amb un mínim del 70% de treballadors amb discapacitat no computant a aquests efectes el personal no minusvàlid destinat a tasques d'ajustament personal i social.

⁹ Centres que proporcionen un programa d'atenció diürna dirigit a un determinat col·lectiu (Hi ha Centres de Dia per a persones discapacitades, gent gran, etc.), on es desenvolupen una sèrie d'activitats per treballar, en especial, diferents habilitats socials.

Podríem dir que aquestes figures solen conformar la xarxa social més directe de l'usuari, o com a mínim, la xarxa amb la que l'equip del SED s'haurà de coordinar. Tot seguit passarem a descriure les funcions dels dos professionals que conformen l'equip del SED (treballador social i educador social).

3. 3. 2. Professionals

a) Treballador/a Social

El treballador social actua d'intermediari, de filtre, entre tots els possibles professionals (o no professionals) que intervenen en aquest servei. També la seva tasca serà de coordinació de les reunions que és realitzin, tant preparar els temes que es tractaran, com gestionar les mateixes perquè siguin profitoses i tinguin un ordre lògic. És una figura essencial, ja que permet a l'educador poder centrar el seu treball en la intervenció directa amb l'usuari. A més, pot filtrar les demandes dels altres professionals, arribant a l'educador només aquelles que tinguin a veure amb les competències del mateix. També s'encarregarà d'establir el primer contacte amb l'usuari, per tal d'elaborar, conjuntament amb l'educador que ell designarà, el referent tutelar (o familiar) i la persona atesa les pautes generals de la intervenció: els horaris amb que es desenvoluparà el servei, quines són les característiques del mateix i tot el que sigui necessari o pugui ser útil per a l'educador. L'altra funció del treballador social consistirà en fer un seguiment de l'evolució de cada usuari, aprofitant que aquest pot veure el treball realitzat des d'una perspectiva més ampla, podent guiar l'educador en el desenvolupament de la seva tasca. Considero que tenir aquesta figura de supervisió és molt útil, donat que, en moltes ocasions, amb la intervenció directa és pot arribar a perdre aquesta perspectiva que hem comentat amb anterioritat, fent més enrevessada la feina del que ho és en realitat.

b) Educador/a Social

Una vegada entès una mica el marc d'intervenció, amb les persones que ho formen, i havent fet una mica per sobre un anàlisi de la figura coordinadora, que estaria representada per el treballador social, entrarem a valorar les funcions que tindrà dintre del mateix la figura de l'educador social, que és la que més ens importa, donat que una de les propostes en la que es basa aquest treball és defensar, de la millor manera possible, la implantació d'aquesta figura com la del professional que ha de fer front la intervenció que se'n deriva d'un SED.

En aquesta diplomatura se'ns prepara per treballar directament amb grups o persones amb problemàtiques de risc social, la nostra feina radica habitualment en utilitzar tècniques i realitzar, conjuntament amb les persones que atensem, un procés amb l'objectiu que aquestes assoleixen un seguit d'habilitats per poder afrontar diferents situacions amb autonomia. Per aquest motiu considero que la figura de l'educador és l'ideal per donar resposta a les necessitats d'aquests usuaris. A més, trobo que és un professional que ha de tenir força coneixement de la xarxa social de serveis i, en aquest aspecte, tant l'educador com el treballador social disposen d'aquesta formació, i el primer té, a priori, més preparació per a la intervenció directa que l'altre.

Els SED basen el seu treball en fomentar tant com es pugui l'autonomia de l'usuari, aquesta tasca ha de ser compartida entre educador i usuari, tot i que segurament hem d'entendre que, als inicis, el professional portarà gran part del pes del procés. S'ha d'entendre que l'educador és una nova peça que entrà en la vida de la persona atesa, al principi serà un desconegut i per tant haurà d'anar amb peus de plom i molt respecte per tal de no violentar l'individu. Trobo que és molt important remarcar aquest tacte i respecte vers l'usuari, ja que en aquest servei especialment s'entrà en un espai on les "normes" les marca la persona atesa, degut a que la intervenció es realitza a la seva llar.

Això no vol dir que l'educador hagi de deixar passar qualsevol actitud o que li sigui impossible marcar pautes o posar límits, simplement vull dir que ha de fer-ho amb subtileza.

També hi ha d'altres habilitats que crec que ha de tenir un educador social que són necessàries per elaborar una bona practica en un suport com aquest, la paciència és una d'elles, ja que normalment els canvis solen produir-se de manera molt lenta, a vegades possiblement tindrem la sensació de que l'usuari està estancat i no evoluciona, però hem d'ésser pacients i seguir treballant en una mateixa línia per aconseguir que es produeixin aquests canvis. D'altres, com la capacitat motivacional, perquè en moltes ocasions ens trobarem amb usuaris que han patit un fort xoc emocional, causat per un brot de la seva pròpia malaltia, per la pèrdua d'un familiar o pel consum de tòxics (un altre possible i freqüent desencadenant de la malaltia) i, per tant, no tindran ni ganes, ni forces per fer front a les responsabilitats que li venen al damunt. Formarà part de la tasca educativa trobar eines per poder recuperar aquesta motivació per part de la persona atesa, fent-li veure que té capacitats per assumir la situació amb la que és veu envoltat.

Encara que el SED sigui un servei de suport a la llar, no s'ha de limitar la intervenció a l'entorn de la mateixa, per això hem comentat que el professional ha de tenir un bon coneixement de la xarxa de serveis socials, donat que és una bona eina per poder guiar i aconsellar l'usuari, perquè, si aquest no en té cap, el pugui encaminar a un recurs d'algun tipus, ja sigui laboral, educatiu o d'oci. A més, el professional no ha de limitar-se a utilitzar l'entorn de la llar en la seva tasca; sortir amb ell per anar a fer un cafè, fer un volt o d'altres activitats, generen espais molt adequats a l'hora de treballar multituds d'aspectes. Això també implica que el propi usuari, que possiblement no disposa de grans habilitats socials per interactuar amb el seu entorn, pugui fer-ho amb el suport de l'educador.

3. 3. 3. Metodologia organitzativa

Per entendre la posada en pràctica d'aquest servei, explicaré una mica com ha de ser el recorregut lògic d'un cas, explicant quines són les fases i quins elements intervenen en les mateixes. D'aquesta manera també relacionarem els aspectes que hem comentat en els apartats (professionals, funcions...) anteriors d'aquest bloc, posant-li coherència a tot plegat. Dividirem el procés en diferents fases, atorgant-li un ordre cronològic lògic per fer més comprensible l'explicació.

Primera fase: Derivació del cas al SED

En la primera fase el treballador social rep la proposta del possible nou usuari. Aquesta proposta pot venir derivada de les persones que actualment gaudeixen de la tutela de la persona en qüestió, d'algun recurs o servei al que pertanyi, de professionals dels serveis d'atenció primària o, fins i tot, per demanda del propi usuari. És important que el treballador rebi el màxim d'informació possible per part dels referents del mateix (família o personal de tutela), del recurs/servei on estava fins aleshores (si és el cas), dels professionals mèdics/psiquiàtrics o del propi usuari (dependrà de cada cas); per poder fer una valoració de si el servei de suport domiciliari resulta el més idoni per fer front a les necessitats de la persona en qüestió. Aquesta primera valoració es farà en una reunió on hi seran presents el major nombre de membres que pertanyen a la xarxa específica de l'usuari (Veure Organigrama 1), inclòs ell mateix.

En aquesta reunió també s'establiran les pautes que fan referència a les responsabilitats i drets de les dues parts (SED i persona atesa) relacionades amb el servei que es prestarà. Per exemple, el SED (personificat en el treballador social) es comprometrà en tenir cura de **preservar la intimitat** de l'usuari o en vetllar per **garantir una intervenció de qualitat**. Pel que fa a la

persona atesa, assumirà la seva responsabilitat en aspectes com: **voluntat per col·laborar en el seu procés** o compromís alhora de mantenir una **constància** en el **seu tractament terapèutic/farmacològic**.

Una vegada acceptada la proposta, el treballador social ha de trobar un educador que s'ajusti a les necessitats de la persona atesa. Després haurà de fer-li un traspàs de la informació més rellevant que s'ha tractat en la reunió que hem comentat al primer paràgraf, per tal que els professionals puguin establir les pautes bàsiques del servei: els objectius que s'esperen de la intervenció, les hores de les que es disposarà, etc., Hem de tenir en compte que és fonamental que l'educador designat s'adapti bé a les necessitats del possible usuari, i no al contrari. Els educadors del SED podran tenir 1 o més serveis, dependrà de la seva disponibilitat i del fet d'haver trobat 1 o varis usuaris adequats al seu perfil. De la mateixa manera, la quantitat de treballadors socials també dependrà del gruix de l'equip d'educadors a coordinar.

El següent pas serà presentar l'educador a l'usuari, trobo que és un bon moment perquè també hi sigui present el referent tutelar, ja que és qui pot conèixer millor a la persona i, per tant, facilitarà que el primer contacte sigui més fluid. S'intentarà que aquesta primera presa de contacte es faci directament a la llar de l'usuari, així l'educador podrà conèixer el medi habitual on haurà de treballar. Aquest és un bon moment per establir els últims retocs pel que fa a l'horari, en base a la disponibilitat, tant de l'usuari com del professional.

Segona fase: Observació activa

Un cop establerts els horaris, l'educador podrà començar el treball de camp, anomenem aquesta fase "observació activa" perquè té com a finalitat fer un seguiment a l'usuari, incidint, en un principi, el menys possible en el seu funcionament/entorn. Per començar a elaborar uns objectius, s'ha de conèixer bé l'estat actual de la persona atesa, poder veure com desenvolupa la seva

vida quotidiana, en quins aspectes té més capacitats i en quins d'altres, en canvi, té més mancances. Seria molt convenient poder fer un acompanyament a la persona atesa en alguna visita de seguiment psiquiàtrica, si aquest dóna el seu consentiment, per veure que s'està treballant i rebre el màxim possible d'informació relacionada amb el trastorn/malaltia mental de l'usuari i les característiques del tractament que està rebent, tant a nivell terapèutic com farmacològic. Considero que aquesta fase hauria de tenir una temporalitat de dues o tres setmanes, tenint en compte també la quantitat d'hores de les que es disposa.

En aquesta fase es començarà a utilitzar el **diari de camp** o **full d'incidències**, com a eina principal de seguiment i comunicació entre professionals. En el diari de camp s'haurà d'explicar tot el que es cregui rellevant que succeeixi dintre de la intervenció. S'ha d'intentar fer un ús productiu d'aquest diari, sense limitar-se a explicar el que es veu, podent evocar les idees o percepcions de l'educador, per tal que quedin enregistrades en algun lloc i tenir-les present en posteriors intervencions. Aquest diari també resulta una eina molt important a nivell de comunicació entre professionals, ha d'estar a l'accés del referent (ja sigui personal de tutela o familiar) que visiti l'usuari, d'aquesta manera gaudiran d'una visió més acurada de la situació en què es troba i, a més, podran veure en quina línia s'està treballant, podent així donar més coherència a la intervenció conjunta. Ha de ser una eina còmode, com una llibreta petita, per tal que es pugui portar a les reunions de coordinació (en l'última fase les explicarem detalladament) i es guardarà en algun **calaix** de la llar **sota clau** (disposaran d'una còpia de la clau el personal de referència (tutelar o familiar), l'educador i, en cas de que es cregui convenient, el treballador social)

També en aquesta fase el professional haurà de centrar el seu esforç en l'inici de la creació d'un vincle afectiu amb la persona atesa. A partir d'aquest vincle el professional començarà a establir uns lligams de confiança i proximitat

on poder sostenir les seves intervencions. Tot i així, aquest vincle no ha de generar confusió en l'usuari, deixant clar en tot moment quins són els límits on arriba l'educador, i que aquest, està allà per realitzar una feina de suport educatiu, i en cap cas, per fer favors o ser utilitzat per altres finalitats que no s'emmarquin dins d'aquests paràmetres.

Un cop s'hagi començat a establir aquesta confiança entre educador i usuari, s'ha de començar a plantejar l'elaboració del pla educatiu, no tant a nivell de formalisme, sinó tenint en compte els interessos o aspiracions de la persona atesa. L'educador ha de promoure aquestes motivacions i donar-les forma per aconseguir que l'individu pugui satisfer el seu benestar personal. S'ha de combinar dos tipus d'objectius: els objectius que fan referència al que vol aconseguir l'usuari, que ell mateix expressa i té motivació (o no) per realitzar-los, i per altra banda, els objectius que planteja l'educador, fent referència a tots aquells recursos o habilitats que li manquen a la persona atesa per desenvolupar els elements que intervenen en el dia a dia de l'individu en qüestió.

Per parlar dels objectius que hem comentat en el paràgraf anterior passarem a la següent fase, on entrarem a elaborar el Pla educatiu individualitzat i explicarem en que consisteix, quines persones hi intervenen i quin és el motiu per el qual treballem amb aquesta eina.

Tercera fase: Elaboració del Pla educatiu

En aquesta tercera fase plantejarem l'elaboració del **pla educatiu**, l'eina que servirà a l'educador per establir quins objectius treballarà amb l'usuari, és un instrument de seguiment que articularà la intervenció, per tant, ha de ser utilitzat, revisat i renovat de forma contínua. El pla educatiu es guardarà en el mateix **calaix sota clau** que el diari de camp/full d'incidències, d'aquesta manera es garanteix que només tindran accés al document les persones indicades per fer-ne ús.

Les persones que intervindran a l'hora de fer aquest pla de treball seran, per una part, el treballador i l'educador social i, per altra, els referents de la persona atesa (familiars o tutelars), els referents dels recursos on l'usuari participi, els professionals mèdics de referència i l'individu mateix; d'aquesta manera, com es pot veure, tota la xarxa específica de la persona atesa (veure organigrama 1. Evidentment, no tothom tindrà el mateix pes a l'hora d'elaborar el pla educatiu, recaient en l'educador i l'usuari la major responsabilitat en relació a aquest. És important, però, que cadascú faci la seva aportació per poder veure amb millor perspectiva quines són les necessitats de la persona atesa i treballar-les conjuntament. Per això, haurà de ser una eina present en les reunions de seguiment, així tots els membres que intervenen tindran coneixement de l'estat del pla i podran fer les seves aportacions.

És important que considerem aquest pla educatiu com un instrument d'ús quotidià, l'educador ha d'evitar que, després d'elaborar-lo, es quedi en el calaix i no es faci servir, donat que, el seu ús proporcionarà al professional pautes d'intervenció i donarà coherència al treball educatiu. M'agrada remarcar que el procés d'elaborar el pla educatiu no finalitza quan es plantegen els primers objectius, ja que contínuament podem trobar nous objectius i deixar uns altres, per veure que no s'adeqüen a les necessitats de l'usuari o que, simplement, s'han quedat desfasats per el propi procés del mateix. A continuació us presentaré un quadre on veurem un exemple de com s'organitzaran els continguts del pla.

Com veiem en la taula 3, que trobem a la següent pàgina, amb aquesta eina de treball es divideixen els objectius específics que planteja l'equip educatiu i la persona atesa en les diferents àrees d'intervenció. No cal que es treballin objectius en totes les àrees, només en les que es consideri que l'usuari té més necessitats. Com hem comentat amb anterioritat, diferenciarem els objectius que planteja el professional, dels que té com a motivació l'usuari, crec que d'aquesta manera, es pot aconseguir que l'individu faci més seu tot el procés. Aquesta diferenciació l'ha deixarem palesa en l'apartat d'objectius.

Taula 3: Pla educatiu individualitzat

Àrea de desenvolupament d'habilitats adaptatives
Hi ha diferents àrees o eixos d'intervenció (els que hem desenvolupat en el punt 4. 2. 3.) on separarem els objectius, aquestes àrees són les següents: Comunicació, cura de sí mateix (Higiene), Habilitats socials, Vida la llar, ús de la comunitat, autodirecció, salut i seguretat, habilitats acadèmiques funcionals, oci i temps lliure i treball (si escau)
Objectius
<p>S'Intentarà establir objectius específics, evitant els que siguin utòpics, sobretot al principi, ja que podria esdevenir massa pressió i ser contraproduent per el treball educatiu.</p> <p>Seràn objectius que siguin coherents amb l'àrea d'intervenció que definim en el primer quadre (no és imprescindible establir objectius per a cada àrea). És important que l'usuari participi activament en l'elaboració dels seus objectius, tot i així, en una primera instància, l'educador pot exercir un major pes de decisió, que, amb el temps, s'ha d'anar diluint en favor de l'usuari.</p>
Desglossament d'objectius
En aquest quadre s'intentarà expressar el que es vol aconseguir exactament amb l'objectiu abans esmentat, està bé que es pugui fer un desglossament, ja que així també es pot especificar quins punts són ens els que es vol aprofundir més.
Intervenció metodològica
En aquest quadre s'haurà d'explicar de quina manera creiem que es poden treballar els objectius, exposant quines tècniques s'utilitzaran i quins recursos es faran servir. Evidentment es plantejaran abans de treballar-ho directament, per tant, es poden suggerir diferents tipus d'intervencions, per després valorar els resultats més endavant.
Valoracions i avaluacions
En aquest quadre s'explicarà l'estat actual del cas, un cop l'educador l'hagi treballat durant un període de temps amb l'usuari. Aquest quadre es realitzarà fent una valoració de les fulles de seguiment que s'han anat adjuntant, d'aquesta manera es podrà tenir una visió més concreta i actualitzada del que s'està treballant, per tant, cada vegada que es renovi el pla educatiu d'una àrea concreta, utilitzarem aquest quadre per valorar en quina situació es troba la persona atesa.

(Tindrem adjuntada a la pàgina de cada àrea, la o les seves corresponents fulles de seguiment)

Font: Pròpia

S'utilitzarà una fulla de pla educatiu per a cada àrea d'intervenció (per a cada àrea en la qual es plantegi algun objectiu), els quadres seran amplis, per tal que en qualsevol moment es pugui afegir informació en cadascun dels punts que componen el pla. Cada vegada que es facin intervencions o progressos (positius o negatius) que tinguin a veure amb els objectius plantejats, l'educador haurà de fer les valoracions i observacions pertinents en fulls de seguiment i adjuntar-los, per així poder tenir una visió del procés que està fent la persona atesa. Com hem comentat en el model de pla educatiu que hem presentat abans, s'utilitzarà l'últim quadre per fer una valoració de l'estat actual de l'usuari, i d'aquesta manera, poder reciclar totes aquelles fulles adjuntes (fulles de seguiment), tenint així, la informació d'una manera més concreta i actualitzada.

Quarta fase: Posada en pràctica del Pla educatiu

A partir d'aquest moment l'educador ha d'anar combinant el treball educatiu específic del pla, amb d'altre més general, donat que el professional es trobarà amb altres aspectes que potser no són considerats com a objectius, però que també gaudeixen d'importància dins de la intervenció. Per exemple, potser haurem d'ajudar a l'usuari a fer la compra, a cuinar o a controlar que es prengui la seva medicació, encara que no haguem plantejat objectius relacionats amb això, per tant, no s'ha de limitar la feina a tot el que se'n deriva del pla. Per aquest motiu també és important el diari de camp, ja que en aquesta eina es podrà afegir tot el que tingui a veure amb el procés integral de la persona atesa.

A continuació, passarem a exposar les diferents reunions de coordinació, explicarem la durada i la temporalitat de les mateixes, les persones que intervenen i les principals temàtiques que s'hi portaran a terme. En la següent pàgina trobareu la taula 4 que posteriorment comentarem.

Taula 4: Reunions de coordinació

	Coordinació A	Coordinació B	Coordinació C	Coordinació D (opcional)	Coordinació F
Durada i temporalitat	1 hora aproximadament (Es realitzaria a la llar del usuari) Setmanes alternes	1 o 2 hores (Dependrà dels casos que tingui el professional) Última setmana del mes	2 hores aproximadament Mesos parells (Mensuals en el cas que no es realitzi la coordinació C)	2 hores aproximadament Mesos imparells	3 hores Trimestralment o cada dos mesos
Persones que intervenen	Usuari, educadors social i treballador social	Educador social i treballador social	Treballador social, educador social i referents (Poden ser personal de tutela o família)	Treballador social, educador social, referents i personal dels recursos i/o serveis on participa l'usuari	Treballador social i els educadors socials del servei (En el cas de que ser molts, es dividiran en grups de 6 a 8 educadors)
Temàtiques principals de la coordinació	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar estat actual de l'usuari • Revisar/elaborar el diari de camp i el pla d'intervenció. • Plantejar demandes o propostes de l'usuari i dels altres membres de la xarxa específica de la persona atesa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estat actual dels usuaris. • Preparar les reunions (B i/o C) amb els altres professionals. • Proporcionar suport i recursos a l'educador social per part del treballador social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar l'estat actual de la persona atesa. • Revisar el pla d'intervenció. • Canalitzar demandes de l'usuari relacionades amb els referents. • Tractar temes relacionats amb l'estat del domicili (Personal de neteja, reparacions, falta d'elements de la llar, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar l'estat actual de la persona atesa en els diferents àmbits. • Revisar el pla d'intervenció conjuntament amb els professionals dels recursos. • Posar en comú i establir pautes d'intervenció. • Veure l'evolució de l'individu en els diferents recursos al qual pertany. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posada en comú d'estratègies educatives. • Solucionar problemes interns d'organització o relacionats amb casos pràctics. • Supervisions amb psicòleg. • Evitar el desgast de l'educador, creant un espai on pugui desfogar-se amb altres professionals que es troben en situacions similars a la seva.

Font: Pròpia

La **coordinació A**, des del meu punt de vista, és la més complicada de les que planteja el quadre. La intenció principal d'aquesta reunió és que sigui el propi usuari el que porti el pes de la mateixa, poder veure fins a quin punt és conscient de l'evolució del seu procés. Com ja hem comentat en l'apartat d'elaboració d'objectius del pla de treball (veure taula 3), la persona atesa ha de ser protagonista en l'elaboració d'objectius, tot i que en una primera instància, els professionals agafin una mica el pes d'aquesta elaboració, diluint-se aquest pes amb el pas del temps. En el desenvolupament d'aquesta coordinació també ha de passar un procés de similars característiques, ja que s'ha d'anar incentivant que, de manera progressiva, lenta, però constant, l'assumpció d'aquesta participació/protagonisme per part de l'usuari. Ha de quedar clar que ell és el que ha de viure la seva vida, per tant, ha de decidir per ell mateix, ser responsable d'aquestes decisions, equivocar-se, aprendre, etc., En aquesta coordinació es consensuaran objectius referents al seu pla de treball, es valoraran com s'estan treballant aquests objectius, exposant les versions, tant d'usuari com d'educador, establint acords per tal de seguir progressant. Aquesta reunió pot tenir un cert caire informal, per tal que la persona atesa s'hi senti més còmode i pot tenir lloc tant en la pròpia llar de l'usuari, com si escau, en un bar prenent un cafè.

La **coordinació B** servirà per què el treballador social pugui supervisar el treball que realitza l'educador. Com vàrem comentar en el punt 3.2.2 que feia referència als professionals, el treballador social actua de filtre entre l'educador i els altres referents, per tant, en aquestes reunions, els dos professionals podran transmetre les demandes pertinents (unes procedents de l'usuari i les altres dels referents). A part de posar en comú els objectius del pla educatiu, és important que en aquesta coordinació, com hem especificat en l'apartat de temàtiques que es tractaran en la reunió, es preparin les altres coordinacions amb els referents de l'usuari (Tutela, serveis laborals, etc.,). El que s'ha de preparar especialment és un informe general de les evolucions de l'usuari, tenint en compte el que s'haurà estret del diari de camp i de les fulles de

seguiment del pla de treball. D'aquesta manera es podrà aprofitar molt més el temps en les coordinacions C i D, ja que els referents podran conèixer què i com s'està treballant amb l'usuari, rebent una informació concreta i ordenada. Des del meu punt de vista les reunions professionals han de ser eficients.

Les **coordinacions C i D** tenen com objectiu principal unificar criteris d'actuació entre els diferents referents que conformen la xarxa específica de la persona atesa (veure organigrama 1). En aquestes es valorarà l'estat de l'usuari en els diferents àmbits i s'anirà revisant i actualitzant el pla de treball, sobretot el que fa referència a la part metodològica, per tal de millorar les intervencions que és realitzen. Ocasionalment, si es creu oportú, l'usuari serà present en algun tram d'aquestes reunions, quan es valori algun aspecte on ell hagi de donar la seva versió i/o decisió. Cada cert temps, aquesta coordinació es pot fer global, o sigui, amb la participació dels referents, tant tutelars com dels serveis, en una mateixa reunió. També es valorarà la presència puntual, en tant que sigui possible, del seu referent psiquiàtric, ja que pot ajudar a donar als professionals molts més recursos a l'hora d'intervenir i capacitats per entendre determinades reaccions derivades pel propi procés de la malaltia.

Pel que fa a la **coordinació D**, es realitzarà sempre i quan la persona atesa formi part d'algun tipus de recurs, per tant, serà opcional i es farà els mesos alternatius a la coordinació C, per tal de assegurar que, com a mínim, una vegada cada mes es puguin trobar els referents tutelars amb l'educador, establint una comunicació constant. Aquesta reunió, serà molt útil per veure com es desenvolupa l'usuari en els diferents àmbits de la seva vida, i d'aquesta manera, es podrà seguir una mateixa línia d'intervenció, tasca essencial en qualsevol treball educatiu.

En la diplomatura d'Educació Social moltes vegades es parla de el desgast del professional, donat que es troba en situacions que el poden arribar a cremar, ja que en moltes ocasions, treballem amb persones que posen a

prova els límits de l'educador. Quan es plantegen serveis, de qualsevol tipus, en ocasions no es té en compte aquest factor i trobo que no cuidar el professional pot esdevenir intervencions inadequades. La **coordinació E** té aquesta finalitat, la de protegir la integritat del professional. El pes de la reunió la portaran els propis educadors i aquesta es pot desenvolupar amb un caire informal. En aquest servei, l'educador es pot trobar relativament sol, gràcies a aquesta coordinació els professionals podran compartir experiències i recolzar-se mútuament. Poden ser de caire informal i, fins i tot, es podrien organitzar de diverses maneres: Supervisions amb psicòlegs, sessions de relaxació o (encara que sembli una mica pretensions) una trobada en un bar per prendre una cervesa. El que es pretén és desfogar el professional, establir una petita xarxa relacional de suport entre els diferents educadors que realitzen el mateix tipus de servei. En el quadre s'especifica que, si hi ha més de 6 o 8 educadors es dividiran les reunions en grups, per tal que no siguin massa nombroses i pugui intervenir tothom, aquests grups s'aniran rotant, així s'afavoreix que tots coincideixin en alguna ocasió, establint la xarxa que hem mencionat d'una manera completa.

Crec que utilitzant aquestes instruments de seguiment i establint unes bones pautes educatives en les coordinacions es pot realitzar una bona pràctica educativa per assolir els objectius generals del SED i afavorir així, que les persones en situació de dependència gaudeixin d'una vida autònoma i del benestar personal que es mereixen.

4. Conclusions

Un cop arribats al final de l'elaboració d'aquest treball, és hora de treure les conclusions pertinents del mateix. Aquest treball m'ha servit per tenir una visió més ampla d'un àmbit, el de l'atenció domiciliària, en el que havia participat, però que no coneixia gaire a fons, sobretot pel que fa a la matèria legislativa. Intentaré fer una petita aproximació a totes les conclusions que n'he tret de cada apartat, fent un anàlisi exhaustiva seguint un ordre coherent amb el propi treball.

Tinc la sensació que “en el camp social” encara ens trobem poc evolucionats pel que fa a la conceptualització teòrica. Hi ha molts conceptes que es tracten d'una manera molt genèrica i això provoca a vegades l'elaboració de programes poc adequats o específics. En el treball hem pogut veure aquest exemple amb el concepte Autonomia, que en moltes ocasions no feia diferències entre moral i física, que haurien de ser tractades des de vessants gairebé oposades. En la mateixa línia, a vegades també ens trobem amb una falta de recursos, pel que fa a un lèxic tècnic o professional, per fer front a realitzar definicions o analitzar conceptes. Trobo que aquest és un fenomen força comú dins del camp social, segurament perquè és un sector que està en continu creixement i encara no s'han consolidat del tot unes pautes professionalitzades.

L'apartat de matèria legislativa i normativa era el que portava més verd. Coneixia d'una manera molt planera les lleis relacionades amb el tema que en ocupa, que s'havien aprovat en els últims anys, però gràcies a aquest treball he pogut analitzar algunes per veure en quin punt ens trobem actualment. Crec que han aparegut lleis que, contrastant amb el que teníem anteriorment, són força ambicioses, encara que és força d'hora com per extreure resultats i saber si es desenvoluparan en la seva totalitat, donada la falta de recursos que es destinen a aquest sector i, més en aquest moment, quan ens trobem en plena

crisi econòmica. Tot i així, aspectes com la promoció de l'autonomia de persones en situació de dependència i, derivada d'aquesta, la creació de serveis d'ajuda domiciliària, estan en boca de tothom, per això, des de les Administracions públiques s'estan encaminant moltes propostes i projectes per cobrir les necessitats que es deriven d'aquest sector. Aquest creixement dels serveis i ajudes per fer front a la gran demanda que hem comentat, està essent present tant a nivell local com estatal, i de la mateixa manera, tant en el sector públic com en el privat, promovent la creació d'una xarxa sòlida que pugui assumir la gran quantitat de persones que es troben aquesta situació.

Gràcies a l'elaboració d'aquest treball he pogut descobrir quins varen ser els orígens del SAD que, tot i portar aproximadament uns trenta anys en funcionament, ha sigut en els últims cinc quan ha fet un veritable salt endavant. Sabem que les competències, des de fa força temps, les tenien els Ajuntaments i les administracions locals, però no ha sigut fins que hi ha hagut pressió per part de la població, en especial dels col·lectius que es trobaven en situació de dependència, que s'ha "engegat la màquina" per buscar i proposar solucions a aquest fenomen. Això ha comportat que els serveis d'ajuda domiciliària s'estiguin especialitzant, cobrint necessitats més encarades al suport educatiu, diferenciant-se del treball assistencial que s'havia practicat tradicionalment. Aquest suport educatiu també ha desembocat en l'aparició de noves maneres d'intervenir amb les persones ateses, noves maneres que requereixen d'altres professionals més adequats per garantir una resposta eficaç. Considero que encara en el sector s'han de definir molt, tant els serveis d'aquest tipus (suport educatiu), com les figures professionals que s'han d'encarregar de portar-los a terme, ja que tot i que les lleis estan fetes, cal que hi hagi una important dotació econòmica per fer front a les necessitats de les persones en situació de dependència.

També hem pogut veure exemples d'experiències, tant a Espanya com a la resta d'Europa, de com s'han desenvolupat els serveis d'atenció domiciliària.

Veient la situació en Europa, ens podem adonar que Espanya està encara molt endarrerida en aquest àmbit, ja que en molts països, com Suècia, Alemanya o el Regne Unit, des de fa alguns anys tenen programes molt més inclusius i amb cobertures molt més completes. Hi ha moviments com l'anomenat "Vida Independent" que han calat força en algun d'aquests països (Suècia o Regne Unit) i, en canvi, aquí en Espanya la seva presència és més aviat minsa.

La proposta que hem fet en el bloc número 4, anomenada "Bloc pràctic", va encaminada a solucionar alguna d'aquestes mancances que hem anat recollint durant el procés creatiu del treball. Està clar que hi ha molts aspectes a millorar en aquest sentit, que amb una proposta organitzativa com aquesta no es poden cobrir, però podem treure idees per tal de millorar la pràctica educativa en aquest tipus de servei. Com hem comentat abans, estan apareixent serveis més especialitzats, per fer front a demandes més diverses (com el suport domiciliari a persones amb problemàtiques de salut mental), que, tot i no ser possiblement les més massives, també requereixen d'una atenció adequada i específica.

He encaminat aquest treball a un àmbit en el qual he treballat durant un temps, el del suport domiciliari a persones amb problemàtiques de salut mental, en aquest període he detectat una falta de pautes organitzatives pel que fa a les supervisions/coordinacions de les intervencions que es realitzaven. Això, des del meu punt de vista, provoca que l'educador en certes ocasions es trobi una mica sol en el desenvolupament de la seva tasca educativa, desembocant en intervencions poc eficaces, donades per falta de recursos, suport i una visió externa global, que l'ajudi a veure en quins aspectes no s'està actuant d'una manera adequada. Considero que hi ha diferents aspectes que provoquen i accentuen més aquestes mancances, tant a nivell organitzatiu com metodològic:

1. Que ens trobem amb serveis que porten poc temps cobrint aquestes noves necessitats i encara no tenen establertes unes pautes consistents i sòlides per portar-los terme, ficant-los en el mateix sac de serveis de caràcter assistencial.
2. La gran demanda que hi ha i els pocs recursos destinats a cobrir-la provoquen que les empreses contractin a persones sense qualificacions professionals per tal d'empènyer aquestes funcions.
3. La tradició d'institucionalitzar els col·lectius amb cert risc social, en comptes de facilitar la seva integració en l'entorn al que pertany.

La proposta que realitzo va encaminada a fer front a aquests aspectes, ja que estableix uns objectius específics, coherents i en relació a la població que es vol atendre, marcant una clara línia on el treball educatiu s'erigeix com el pilar fonamental de la seva intervenció, en contraposició als serveis que engloben serveis assistencials i educatius en un mateix sac. El Servei Educatiu Domiciliari (SED) que proposo a partir del SAD i com a alternativa del mateix, gaudeix d'una filosofia específica de treball que parteix de les necessitats de l'usuari, posant a aquest com el principal protagonista de la presa de decisions en relació a la seva vida (a diferència d'altres serveis/propostes on el professional decideix tot el que envolta la persona atesa). Se que és una proposta ambiciosa, ja que no sempre l'usuari pot estar preparat per assumir aquesta responsabilitat, però crec que és l'únic camí per aconseguir de veritat aquest propòsit d'autonomia personal, d'altra manera, no estaríem essent fidels a l'essència de la proposta, representada en el primer objectiu general del SED: *"Fomentar en tant que sigui possible l'autonomia de l'usuari, potenciant el seu benestar personal"*.

En aquesta proposta també he posat èmfasi en la professionalització que ha de tenir un servei d'aquestes característiques, per tant, he determinat quines eren les figures professionals que, des del meu punt de vista, s'havien

d'encarregar de formar part de l'equip del SED, per evitar d'aquesta manera, que els usuaris rebin atenció de personal que no estigui qualificat, podent donar-se intervencions sense una qualitat òptima. A partir d'aquí he establert les funcions de cada professional, perquè quedés clar fins on arriba el treball de cadascun, millorant l'eficàcia i intentant assegurar que un dels professionals no repeteixi la feina que ha realitzat l'altre o a la inversa. Per evitar aquestes incursions serà clau una bona coordinació interna entre els membres del SED (educador i treballador social), per això he establert reunions freqüents entre aquests membres, propiciant una comunicació fluïda que aportï a l'educador una visió global i més externa de la seva tasca, ja que considero que en moltes ocasions, quan es fa un treball d'intervenció directa és fàcil perdre aquesta perspectiva externa i caure en dinàmiques d'actuació poc beneficioses per el procés de la persona atesa. Aquesta coordinació no s'ha de limitar només a les persones que formen el SED, sinó també a tot el gruix que conforma la xarxa específica de l'usuari (veure organigrama 1), per aquest motiu, també proposo reunions amb aquests referents, professionals o no, d'una manera més intermitent que les internes però amb una freqüència adequada per tal que es segueixi una línia d'actuació entre tota la xarxa coherent, constant i cohesionada.

He fet molta menció a aquesta cooperació i cohesió entre els diferents professionals, perquè trobo que aquelles persones que intervenen en l'àmbit social i que es dediquen al treball de camp, on moltes vegades és difícil trobar els límits entre les pròpies emocions i la professionalitat, fa que necessitin aquest suport, per tal de realitzar una bona feina i estar còmode a l'hora desenvolupar-la. Aconseguir aquest equilibri és essencial, tant per l'educador com per la persona atesa, ja que això influeix directament en una millora de la qualitat de la intervenció.

Com hem comentat durant bona part del treball, aquest tipus de serveis són una alternativa molt òptima a la institucionalització, des del meu punt de

vista, a més, són una alternativa que afavoreix a la persona atesa, ja que es centra més en les seves necessitats, garanteix que pugui continuar vivint en el entorn que pertany, afavoreix la integració en aquest, el fa ésser protagonista de la seva vida, com he remarcat anteriorment i crec que és tant important. És un fet contrastat que també resulta més econòmic que la mateixa institucionalització i, amb aquest cúmul de raons, crec que s'ha d'apostar per potenciar-lo. Però amb aquesta proposta vull fer palès que no es pot potenciar de qualsevol manera, que s'ha de fer d'una manera coherent amb la situació actual i, alhora, amb una professionalitat d'acord amb aquesta realitat.

És un repte que està damunt de la taula, desconec com es desenvoluparan els serveis d'atenció domiciliària amb el pas del temps, però crec que hi ha motius per ser optimistes en aquest aspecte, ja que hi ha hagut molts canvis en l'última dècada i contínuament s'estan generant propostes per intentar millorar la realitat actual. Tampoc sabia dir com es podria adaptar una proposta com la meua en la societat actual, però crec que és força fidel a les necessitats que es deriven de les persones a qui va dirigida.

5. Referències bibliogràfiques

- American Association on Mental Retardation (Traducció de Berta Vilageliu) (2006) *El retard mental: Definició, classificació i sistemes de suport*. Vic: Eumo Editorial.
- Allan, N (2009) *Entrenamiento de las actividades de la vida diaria en pacientes con trastornos neurológicos*. Recuperat 18 d'agost 2009 des de "http://www.neuromed.cl/administrador/opt/doc_descarga.php?id=114"
- ARTRIS Serveis Socials (2009) Recuperat 19 d'agost de 2009 des de "<http://www.artris.org>"
- Casado, D. (dir) et al. (2004) *Respuestas a la dependencia: La situación en España. Propuestas de Protección Social y Prevención*. Madrid: Editorial CCS.
- CEGAPSE (2009) Recuperat 23 Novembre de 2009 des de "<http://www.cegapse.com>"
- Centre de Recursos Pedagògics de l'Alt Camp (2009) Recuperat el 6 de Desembre de 2009 des de "http://www.sealtcamp.net/seac/tiki-download_file.php?fileId=18"
- Comitè elaborador del DSM-IV (2002) *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (Texto revisado)*. Barcelona: Ediciones MASSON, S.A..
- Contel, J.C.; Gené, J. i Peya, M. (1999) *Atención domiciliaria: Organización y práctica*. Barcelona: Springer.

- Diputació de Barcelona (2009). Recuperat 14 de juny 2009 des de "<http://www.diba.es>"
- Enciclopèdia Catalana S.A. (1986) *Gran Enciclopèdia Catalana. Volum 3: Ar – Bah*. Barcelona: Enciclopèdia Catalana
- Estrada, I. (1993) *Autonomía personal y ayuda a domicilio*. Zaragoza: Libros Certeza.
- Foro de Vida Independiente (2009) Recuperat 21 de Novembre del 2009 des de "<http://www.forovidaindependiente.org>"
- Fuller Torrey, E. M.D. (2002) *Superar la esquizofrenia: Manual para Familias y Terapeutas*. Barcelona: SENY Schizophrenia Research Foundation.
- Fundació Privada Altem (2009) *Programa de Suport a la Autonomia a la pròpia Llar*. Figueres.
- Garcia, G. i Ramírez, J.M. (2008) *Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: Análisis y comentarios*. Zaragoza: Libros Certeza.
- Grupo Abenzoar (2009) Recuperat el 14 Novembre de 2009 de "<http://www.abenzoar.com>"
- Grupo Urgatzi (2009) Recuperat el 21 Novembre de 2009 de "<http://www.urgatzi.com>"
- Kant, I (2002) *Crítica de la razón práctica*. Salamanca: Ediciones Sígueme

- Lòpez, G.(Director); Comas, A.; Monteverde, M.; Casado, D.; Caso, J.R. i Ibern, P. (2005) *Envelliment i dependència. Situació actual i reptes de futur*. Barcelona: Caixa Catalunya.
- Myers, D (2005) *Psicología. Séptima Edición*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Obiols, J.E. (2001) *Neurodesarrollo y esquizofrenia: Aproximaciones actuales*. Barcelona: Psiquiatría 21.
- Obiols, J.E. i Obiols, J. (1989) *Esquizofrenia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Pérez, G. (2003) *Pedagogía Social ~ Educación social: Construcción científica e intervención práctica*. Madrid: Narcea.
- Ratzka, R.; Maraña, J.J.; Minusválidos Físicos Asociados (MIFAS) i Fundación Gil Gayarre. (1999) *Vi: Vida independiente – Buenas prácticas*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Rodríguez, A. i Cobo, P. (2005) *Libro blanco [Recurs electrònic] : atención a las personas en situación de dependencia en España : diciembre 2004*. Madrid: Ministeri de Treball y Assumptes Socials; Secretaria del Estat de Serveis Socials, Famílies i Discapacitat; IMSERSO.
- Rodríguez, P. i Valdevieso, C. *Servicio de ayuda a domicilio: SAD*. [enregistrament vídeo] Madrid: Médica Panamericana, 1999
- Romans, M; Petrus, A. i Trilla, J. (2000) *De profesión: educador(a) social*. Barcelona: Ediciones Paidós.

- Rubiol, G i Vilà, A (2003) *Marc històric dels serveis socials locals de Catalunya*. Barcelona: Diputació de Barcelona
- Schalock, L. i Verdugo, M.A. (2003) *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sedó, C. (2001) *Treballant com a educadora o educador social*. Barcelona: Edicions Pleniluni.
- ServYSol Sociosanitaria S.L. (2009) Recuperat el 22 Novembre de 2009 de “<http://www.servysol.es>”
- Vidal, J. (2003) *El movimiento de vida independiente: Experiencias internacionales*. Madrid: Fundación Luis Vives.
- Vila, A. (2005) *Els serveis socials a Catalunya: Una visió històrica*. Girona: Diputació de Girona

6. Annexes

Índex de continguts:

Annex A: Notícia estreta de l'edició electrònica del Diari de Girona:
Aproven per unanimitat la llei que preveu la universalització dels serveis socials

Annex B: Dossier cooperativa Abenzoar

Aproven per unanimitat la llei que preveu la universalització dels serveis socials

EUROPA PRESS/DDEG, BARCELONA

El Parlament va aprovar ahir per unanimitat la llei de serveis socials, que beneficiarà els anys vinents 1,3 milions de catalans, 825.000 usuaris ja censats i 500.000 que podran beneficiar-se'n gràcies a la universalització dels serveis socials que propugna la normativa.

La consellera d'Acció Social i Ciutadania, Carme Capdevila, es va mostrar «emocionada» per l'aprovació d'una llei que estableix «igualtat d'oportunitats per a tots, accés universal i serveis socials de proximitat».



Capdevila va qualificar el moment d'«històric» pel consens aconseguit, gràcies a la voluntat del Govern però també de tots els grups parlamentaris. La consellera va destacar que la normativa «obre els serveis socials a les classes mitjanes, que fins ara en quedaven excloses per una qüestió de renda», ja que no podien accedir als serveis privats i tampoc complien els requisits per als públics.

En aquest sentit, va indicar que la llei estableix un sistema de copagament per a les persones amb rendes altes, mentre que els col·lectius més desafavorits continuaran gaudint de serveis gratuïts.

«Estem col·locant els serveis socials al lloc que es mereixen», va assenyalar Capdevila, que va subratllar que la normativa, que entrarà en vigor el 2008, crea un sistema català de serveis socials públics on s'encaixa també la llei de dependència estatal.

Tot i votar-hi a favor, els tres grups de l'oposició van portar finalment al ple un total de 52 esmenes, que van ser totes rebutjades. Concretament, CiU n'ha presentat 12, el PP n'ha aportat 24 i C's, 16.

Dijous 4 d'Octubre de 2007

PRINCIPIOS COOPERATIVOS

- ADHESIÓN VOLUNTARIA Y ABIERTA
- IGUALDAD DE DERECHOS Y OBLIGACIONES
- GESTIÓN, ESTRUCTURA Y CONTROL DEMOCRÁTICO
- PARTICIPACIÓN DE LOS SOCIOS EN LOS RESULTADOS
- AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA
- EDUCACIÓN, FORMACIÓN E INFORMACIÓN
- COOPERACIÓN ENTRE COOPERATIVAS
- COMPROMISO CON LA COMUNIDAD

COOPERATIVA .CONCEPTO

Una cooperativa es una asociación autónoma de personas que se han unido voluntariamente para hacer frente a sus necesidades y aspiraciones económicas, sociales y culturales comunes, por medio de una empresa de propiedad conjunta y democráticamente controlada.

1

UNA FORMA DE SER Y HACER

- LAS COOPERATIVAS DE T. A TIENEN UNA FINALIDAD DE IMPLICACIÓN SOCIAL MÁS QUE DE BENEFICIO
- ASOCIAN A PERSONAS, NO A CAPITALES
- SE RIGUEN POR PROCESOS DEMOCRÁTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES Y CONTROL DE GESTIÓN.
- PRESTAN UNA ATENCIÓN PERMANENTE A LA FORMACIÓN Y CUALIFICACIÓN DEL PERSONAL
- UNA DE SUS FINALIDADES ES LA CREACIÓN DE EMPLEO
- TIENEN UN FUERTE ARRAIGO LOCAL Y PARTICIPAN ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO DE SU COMUNIDAD.

5

LOS COLORES DEL COOPERATIVISMO

LOS COLORES DEL ARCO-IRIS EN LA BANDERA DEL COOPERATIVISMO SIMBOLIZAN LOS IDEALES Y LOS OBJETIVOS DE UNIDAD, JUSTICIA SOCIAL Y SOLIDARIDAD A LOS QUE ASPIRA

- ROJO: UNIVERSALIDAD
- NARANJA: DEMOCRACIA
- AMARILLO: JUSTICIA
- VERDE: ECONOMIA
- AZUL: UNIDAD
- VIOLETA: LIBERTAD

VALORES COOPERATIVOS

- | | |
|--------------------|------------------------------|
| ✓ Autoayuda. | ✓ Honestidad. |
| ✓ Responsabilidad. | ✓ Transparencia. |
| ✓ Democracia. | ✓ Preocupación por los demás |
| ✓ Igualdad. | |
| ✓ Equidad. | |
| ✓ Solidaridad. | |

2

BARRERAS EXTERNAS

- INSOLVENCIA ECONÓMICA DE LA DEMANDA
- RESISTENCIAS CULTURALES
- ESCASEZ Y DESIGUALDAD DE LA INFORMACIÓN
- BAJA RENTABILIDAD DE ALGUNOS SERVICIOS
- DIFICULTAD DE ACCESO AL CAPITAL INICIAL
- COMPETENCIA DE LA ECONOMÍA INFORMAL
- BAJAS TARIFAS APLICADAS A ESTOS SERVICIOS
- DIVERSIDAD DE CRITERIOS POR PARTE DE LAS ADMINISTRACIONES
- RETRASO EN LOS PAGOS POR PARTE DE LAS AA.PP
- CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN

6

ABENZOAR SOCIEDAD COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

DE UN SUEÑO A
UNA REALIDAD
EMPRESARIAL

7

ABENZOAR SOC. COOP. AND.

• NOS DIRIGIMOS A:

- ✓ Ancianos, que viven solos, con otros ancianos con familiares que no pueden hacerse cargo de ellos.
- ✓ Familias monoparentales con hijos a cargo.
- ✓ Familias desestructuradas o con problemas coyunturales.
- ✓ Menores en situación de riesgo psicosocial.
- ✓ Personas con enfermedades crónicas....

9

ABENZOAR SOC. COOP. AND



11

ABENZOAR SOC. COOP. AND.

NUESTRA MISIÓN

“MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE
LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE
DEPENDENCIA”

8

ABENZOAR SOC. COOP. AND.



10

ABENZOAR SOC. COOP. AND.



12

En l'última dècada els serveis d'atenció domiciliària s'han estès molt en la nostra societat a causa de l'augment de la població que es troba en situació de dependència. Aquest treball pretén fer un aproximament a aquest tipus de servei(SAD), volent remarcar que s'han d'establir diferències en la seva aplicació segons la tipologia de cada usuari. Aquesta és la fita de la proposta que inclou el treball (SED), des de la vessant de l'educació social i dirigida a persones amb problemàtiques de salut mental, les seves màximes radiquen en l'assumpció d'autonomia i el benestar de les persones ateses.

Descriptors

Autonomia, SAD, salut mental, educació social i servei domiciliari